

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PACHYDERMIE
DES CORDES VOCALES
PAR LA METHODE DU FRAISAGE

Par J. GAREL, Médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon, directeur
de la Clinique laryngologique de l'Hôpital Saint-Luc.

Dans le cours de cette année, un de mes élèves, M. Bourbon, dans sa thèse inaugurale (Lyon 1906) a étudié le traitement de la pachydermie des cordes vocales par ma méthode, bien ancienne déjà, du *fraisage*. Ce travail d'ensemble repose sur un certain nombre d'observations de ma pratique personnelle.

Nous savons tous combien il est difficile de guérir ces formes de laryngite chronique décrites sous le nom de *chordite hypertrophique*. Le traitement médical seul ou combiné avec des badigeonnages du larynx est le plus souvent inefficace.

En 1880, le Prof. Labus, de Milan, publia une note sur le traitement de ce genre de lésion par la décortication des cordes vocales. Sa méthode consistait à dilacérer superficiellement la muqueuse épaissie du revêtement des cordes, au moyen d'une petite pince dans le but de supprimer toutes les parties hypertrophiées. J'avais été vivement intéressé par la lecture de ce mémoire, mais je trouvais cependant que la méthode manquait de précision. Si l'on pouvait par ce moyen extirper les parties les plus épaisses de la muqueuse, il n'en était pas de même pour les parties minces étalées en nappe à la surface des cordes. On pouvait bien déchirer ça et là

quelques lambeaux ou rubans muqueux, mais il était difficile d'agir d'une manière complète sur toute la surface de la corde vocale.

Vers 1884, je pensais qu'il valait mieux remplacer la décoration par le râclage des cordes, comme cela se pratique dans certaines formes de lupus des téguments. Je fis construire alors une tige à courbure laryngée, terminée par une extrémité renflée et taillée en râpe à sa face inférieure. Après quelques tentatives, je vis que cette tige ne me permettait pas d'agir avec assez de force sur la corde vocale. Il me vint alors à l'idée d'imaginer un mécanisme, sorte de drille, imprimant à la râpe un mouvement de rotation sur l'axe, afin de pouvoir agir sur toute la face supérieure des rubans vocaux. L'instrument dont je me sers est toujours le même que celui que j'eus l'honneur de présenter à la Société française de Laryngologie en 1887.

L'appareil a été construit sur les mêmes dimensions que les diverses pinces qui se fixent sur le manche universel à trois anneaux de Stoerck. Cette disposition nous dispense donc de posséder un manche spécial pour cet instrument. Le mouvement de va-et-vient des anneaux a été utilisé pour imprimer à la fraise la rotation sur l'axe dans les deux sens.

La figure 1 ci-jointe représente les détails du mécanisme intérieur, mais un tube métallique, non représenté dans la figure, recouvre et protège le tout. Ce tube métallique externe se visse sur les deux parties extrêmes B et I. La pièce B est immobilisée par la première vis du manche. Quant à la tige A, elle est maintenue par la vis mobile qui fait corps avec les deux anneaux de traction. La tige A, rigide dans sa première partie, vient s'adapter à la pièce C ou ruban de laiton contourné en spirale. Cette disposition permet à la partie C demi-rigide d'exécuter les mouvements de va-et-vient commandés par le manche, ces mouvements devant se passer dans l'intérieur d'un tube rigide coudé. A l'extrémité du ruban C est soudé un écrou minuscule D, de section carrée, qui, grâce à l'immobilité de la pièce I, peut courir de haut en bas et de bas en haut sur une tige spiralée à laquelle elle imprime un mouvement de rotation sur l'axe. Cette tige tra-

verse la pièce I et se termine par une tête H, partie terminale et mobile de l'instrument.

L'extrémité H, représentée en M en grandeur naturelle, a sa face inférieure taillée en râpe. Lorsqu'on fait mouvoir le manche à trois anneaux, l'écrou D monte et descend alternativement le long de la tige en spirale E, imprimant à l'extrémité H un mouvement de rotation sur l'axe tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. En aucun cas la pièce H ne peut se détacher et tomber dans le larynx car elle est retenue en F par un double écrou.

Cet appareil construit avec beaucoup de précision est parfaitement stérilisable. Après chaque opération il est indispensable de le démonter entièrement, de le nettoyer et de le graisser avec de l'huile de pétrole afin d'assurer son bon fonctionnement et sa parfaite conservation.

La technique opératoire est des plus simples. On anesthésie le larynx à la cocaïne, comme s'il s'agissait d'opérer un polype du larynx. La courbure de l'instrument est combinée de telle manière que son extrémité taillée en râpe vient s'appliquer exactement sur la face supérieure de la corde vocale.



FIG. 1

L'instrument une fois introduit dans le larynx, on imprime à la fraise des mouvements de rotation en la promenant en même temps le long de la corde vocale ou bien seulement sur les points malades, si la pachydermie est localisée. Il ne faut pas craindre d'appuyer avec une certaine force sur la corde vocale. On peut aussi se servir de l'instrument à la façon d'une lime en agissant d'avant en arrière sur la muqueuse épaissie. Ces diverses manœuvres ont pour but de déchirer en tous sens les points hypertrophiés. Après l'opération la corde paraît couverte de sang, c'est la preuve que la fraise a convenablement rempli son rôle.

Dans les jours qui suivent le râclage, la voix est voilée et presque éteinte, mais en moins de huit jours elle tend à reprendre son timbre habituel. Souvent au bout de trois semaines, l'amélioration est telle que la voix soit parlée, soit chantée, redevient normale. Il n'est pas rare que l'opération doive être répétée deux ou trois fois pour obtenir la guérison complète. Tout dépend de l'étendue plus ou moins grande de la lésion. Dans les cas plus légers, une seule séance peut être suffisante.

Lorsque je traite des cas de pachydermie par le fraisage, je n'institue jamais aucune des médications habituelles, afin de mieux démontrer l'efficacité de ma méthode. De la sorte on ne peut invoquer l'influence d'aucun autre facteur pour expliquer la disparition de la lésion.

Ce procédé convient particulièrement aux formes d'infiltration généralisée ou aux formes localisées en ilots avec tendance à former çà et là de petites saillies ou nodules. La corde malade, dans ces différents cas, est rouge et épaissie dans la plus grande partie de sa longueur (fig. 2). Il existe aussi, mais plus rarement des formes bilatérales. Quelques semaines après l'intervention, les fonctions physiologiques sont normales et la corde vocale reprend sa teinte blanche ordinaire.

M. Bourbon, dans sa thèse, a reproduit ma statistique comprenant 92 cas de pachydermie. Sur ce nombre, 18 seulement ont été traités par ma méthode, car il est de nombreux cas qui ne peuvent bénéficier du fraisage. Ce sont, par exemple, les cas assez fréquents de *Pachydermie* de Virchow. Ici la

lésion siège à la partie postérieure des cordes ; elle consiste en bourgeons symétriques à emboîtement réciproque (fig. 3) sur lesquels la fraise est inapplicable. En outre, un grand nombre de malades se soucient fort peu de l'intervention. Ce ne sont point des professionnels de la voix parlée ou chantée. Il leur importe peu de posséder une voix claire et limpide pour crier les journaux ou les primeurs sur la voie publique. Il leur suffit de savoir que leur maladie n'offre aucune gravité au point de vue de leur santé générale.

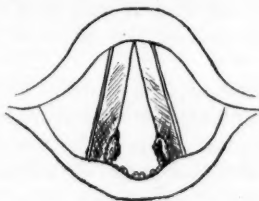


FIG. 2

Tels sont les motifs qui ont limité l'intervention à un cinquième seulement des malades observés.

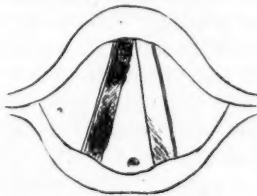


FIG. 3

Depuis la publication de la thèse de M. Bourbon, j'ai traité deux nouveaux malades. De la plus récente je ne parlerai pas, car elle est encore en traitement. Elle n'a subi qu'une seule séance, elle est déjà améliorée, mais une ou deux séances seront encore nécessaires. L'autre malade qui a motivé la publication de cette note est un exemple remar-

quable de ce que peut donner le fraisage, même en une seule séance.

Il s'agit d'une jeune femme, institutrice dans une petite localité du département du Rhône. Cette malade enseigne depuis cinq ans. Depuis un an, la voix est rauque et le chant est absolument impossible. Quand la malade parle, elle éprouve une fatigue considérable, elle est obligée de faire de grands efforts pour émettre le moindre son. Chaque soir, après sa classe, l'aphonie est presque complète. A l'examen du larynx, je constate une rougeur nette de la corde vocale droite avec épaississement saillant plus accusé de la muqueuse au tiers antérieur.

Je vois cette malade pour la première fois le 14 mars 1907, et je lui propose le fraisage de la corde vocale droite. Elle redoute l'intervention et préfère un traitement médical. Je lui conseille l'emploi d'eau sulfureuse en boisson et pulvérisation et je prescris quelques préparations balsamiques. Elle suit ce traitement pendant plus de deux mois sans obtenir un résultat quelconque. Et cependant, pendant toute la durée du traitement, elle a cessé sa classe et son larynx a été au repos complet.

Au mois de juin, la malade ne ressentant aucune amélioration vient réclamer le râclage de la corde. La lésion n'a pas changé, la corde est toujours rouge et épaissie. Je pratique le fraisage de toute la corde vocale droite le 1^{er} juin. Immédiatement après la voix est très voilée, presque aphone. L'aphonie dure huit jours puis elle disparaît rapidement. Peu de jours après la malade peut déjà chanter, elle n'avait pu le faire depuis un an. Elle revient le 2 juillet, enchantée du résultat. A l'examen, je ne trouve plus de différence entre les deux cordes, c'est dire que toute trace de pachydermie a disparu.

Une semblable observation est une preuve suffisante de la grande valeur du fraisage pour le traitement de la pachydermie laryngée. Cette méthode relègue au second plan tout ce qui a été médicalement tenté pour la guérison de ce genre de lésion. Topiques locaux, inhalations, pulvérisations, eaux sulfureuses, etc., deviennent sans valeur. Je ne nie pas que l'on ait pu obtenir des succès par le traitement médical, mais

les résultats ne s'en font sentir qu'au bout de plusieurs années de traitement. Pendant tout ce temps la profession du patient est fortement compromise, il court les stations d'Eaux thermales et dépense beaucoup d'argent, s'il le peut toutefois, pour un bien maigre résultat. Et cependant, comme le démontre ma statistique, les malades sont pour la plupart des professionnels, professeurs ou chanteurs, qui vivent exclusivement de leurs cordes vocales. On comprend toute l'importance qu'il y a pour eux d'abrégé le plus possible la durée du traitement. Il était donc urgent de trouver une méthode qui, à l'instar des méthodes chirurgicales, puisse procurer la guérison aussitôt après l'intervention. C'est précisément ce que l'on obtient quand on a recours au fraisage.

Je n'ai qu'à citer à l'appui les observations mentionnées dans la thèse de Bourbon et le cas que je cite aujourd'hui. Dans ce dernier, comme on l'a vu, la malade suit d'abord un traitement médical sans succès, elle réclame l'intervention chirurgicale. Une seule séance de fraisage lui rend sa voix complète, parlée et chantée, et lui permet de reprendre sans peine l'exercice de sa profession.

Et cela s'obtient en quelques jours, en dehors de tout traitement médical concomitant.

Tous les cas cependant ne guérissent pas avec la même rapidité. Les lésions peuvent être plus étendues, elles peuvent siéger sur les deux cordes. Le processus pachydermique est aussi parfois plus dense, plus épais, plus bosselé. Il faut alors faire plusieurs séances de fraisage, afin d'attaquer la lésion sur toute son étendue, et dans toute sa profondeur. Malgré cela, le succès n'en est pas moins certain.

Inutile d'insister davantage sur l'importance capitale du fraisage. Je crois en avoir montré surabondamment la valeur. C'est un procédé sûr et précis auquel on doit avoir recours toutes les fois qu'une lésion si tenace vient enlever à des professionnels leur unique moyen d'existence. L'application en est facile pour tous ceux qui ont l'habitude des interventions endolaryngées. En outre l'opération n'interrompt pour ainsi dire pas les fonctions vocales, puisque dix ou douze jours de repos seulement sont nécessaires après chaque séance.

II

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'OTITE ADHÉSIVE. LA THIOSINAMINE (1)

Par M. LERMOYEZ et G. MAHU

CLASSIFICATION DES DIVERSES SURDITÉS. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Si nous laissons de côté les *sourds provisoires* chez lesquels un bouchon de cérumen encombre le conduit auditif ou bien un catarrhe tubo-tympanique aigu entrave momentanément le fonctionnement régulier des éléments de l'oreille moyenne, et que l'auriste peut soulager plus ou moins facilement, il reste une légion d'autres sourds — et combien plus nombreux — de *sourds définitifs*, en faveur desquels toute thérapeutique demeure le plus souvent impuissante.

Les premiers sont des *malades*, les seconds sont des *infirmes*.

Bien que ces derniers aient tous un air de commune parenté, puisqu'ils présentent, en général, les mêmes symptômes subjectifs, il importe d'établir entre eux une classification ; car — point capital sous le rapport du pronostic — ils ne sont infirmes, ni de même origine, ni au même degré.

Ils appartiennent à trois familles différentes qui, bien que s'alliant parfois entre elles, gardent cependant encore chacune leur physionomie propre : a) la famille des labyrinthiques ; b) la famille des oto-scléreux ; c) la famille des oto-adhésifs.

(1) Communication à la Société française d'otol. de laryng. et de rhinol. (mai 1907).

A) Les *labyrinthiques* sont peut-être les plus nombreux : adultes artério-scléreux pour la plupart (Escat). Ce sont des sourds hémotogènes, des hypertendus dont les premières défaillances de circulation de l'oreille interne restent longtemps méconnues. Ils font d'abord dans le labyrinthe ce qu'ils ont l'habitude de faire au cœur : des crises de claudication intermittente. Pareil à un accès d'angine de poitrine, un coup brusque d'ischémie labyrinthique les effondre dans un vertige subit et violent. Toujours l'estomac est mis en cause ; toujours il est seul traité. Ces accès précurseurs se répètent espacés. Puis à la longue, la sclérose artérielle s'installe à demeure dans les organes ; et, fixée dans le labyrinthe, elle y établit la surdité irrémédiable.

Les sourds de la famille labyrinthique sont à peine justiciables de l'otologie : le traitement local ne peut rien pour eux. Comme leur cœur insuffisant ou leur rein imperméable, leur oreille meiotragique demande surtout le repos, que ne peuvent lui donner cathétérismes et massages. Une telle surdité relève du traitement général de l'artério sclérose ; et encore, cette médication, par les iodures, le sérum de Trunczek, la d'Arsonvalisation, seule logique, lui apporte-t-elle bien peu d'amélioration.

B) Les *oto-scléreux* reçoivent de leurs ascendants, généralement sourds, une affection congénitale que, faute de mieux, on nomme l'« oto-sclérose ». Une surdité sournoise apparaît à la puberté, progresse à chaque grossesse et se complète vers l'âge mûr. A l'inverse de la famille labyrinthique dont les membres sont âgés, celle-ci se compose surtout de malades juvéniles, de jeunes femmes principalement. A l'examen objectif, l'oreille se montre normale. Il n'y a souvent pas de plus intacts tympan ou de trompes plus libres qu'on puisse montrer aux élèves. La lésion est profonde : elle siège aux confins du labyrinthe et de l'oreille moyenne. Elle est constituée par une ostéite de la capsule osseuse du labyrinthe (Politzer) poussant à l'intérieur de celui-ci des hyperostoses qui obstruent les fenêtres et étouffent les terminaisons du nerf acoustique.

Nulle action thérapeutique n'influence l'évolution de cette maladie. Ni le traitement général : car le phosphore, médica-

ment électif du tissu osseux, théoriquement proposé par Siebenmann, n'a point tenu ses promesses. Ni le traitement local : et que vraiment pourrait faire un cathétérisme de la trompe contre une ostéite du labyrinthe? — Il nous semble même que le seul effet du traitement local énergique soit d'aggraver la maladie, en faisant apparaître les bourdonnements avant leur heure. Les oto-scléreux sont des *noli me tangere*.

C) Les *oto-adhésifs* résistent moins au traitement. L'otite adhésive est d'ordre local, rhinogène. L'infection monte du nez et du naso-pharynx par les trompes et attaque l'oreille moyenne seule, soit brusquement, sous forme d'une otite aiguë suppurée, soit insidieusement par des catarrhes récidivants.

La forme la plus commune de l'otite adhésive est celle succédant à l'otorrhée tarie. Le tympan est détruit en totalité ou en partie ; les osselets sont plus ou moins soudés aux différents points de la caisse et de l'attique par des brides cicatricielles.

Une deuxième forme est celle qui survient à la suite des catarrhes tubo-tympaniques à répétition ; ces catarrhes provoquent une otite hyperplasique progressive qui soude les osselets, déforme le tympan et l'accrole parfois si intimement au fond de caisse qu'il en moule et laisse transparaître distinctement tous les reliefs.

Enfin un troisième type, moins répandu, est caractérisé par des lésions cicatricielles, suite d'accidents extérieurs (traumatismes, infections exogènes telles qu'otites externes, érysipèles... etc.).

Donc, trois formes d'otite adhésive :

otorrhéique ;
catarrhale ;
accidentelle ;

qui ont toutes trois les mêmes effets, à savoir : *transformation de la membrane tympanique en un tissu fibreux et immobilisation partielle ou totale de la chaîne des osselets*.

L'examen objectif de telles oreilles montre de grosses lésions de la caisse, il est vrai : mais pendant de nombreuses années,

le labyrinthe demeure intact. Il y a eu seulement interposition d'un écran interceptant en partie l'arrivée des ondes sonores sur la rétine auditive demeurée saine ; et c'est là le point capital qui distingue les oto-adhésifs des deux types de sourds précédents ; ceux-ci sont comparables aux *aveugles* et ceux-là ressemblent aux *cataractés*.

Dans l'otite adhésive, le traitement local reprend donc tous ses droits ; et même ce sont là les seuls sourds qui, à parler franchement, soient du ressort de la cure otiatrice. Sans remords de conscience nous pourrions donc les manipuler indéfiniment, mais à une condition toutefois, c'est qu'il n'y ait pas erreur de personne ; c'est-à-dire qu'un diagnostic différentiel sérieux ait été préalablement posé.

Ce diagnostic est habituellement facile, surtout quand il s'agit des formes otorrhéiques ou accidentelles, les lésions objectives étant parfaitement visibles.

Il n'en est pas toujours de même des formes catarrhales dans lesquelles la membrane tympanique ne présente pas de solution de continuité.

De plus, il n'est pas impossible qu'une otite adhésive survienne chez un labyrinthe ou chez un scléreux et qu'on ait ainsi affaire à une forme mixte plus difficile à dépister.

Pour lever le doute, il est indispensable de faire les épreuves acoumétriques avec le plus grand soin afin de s'assurer que le labyrinthe est sinon intact du moins *utile*. D'une manière générale, *le Rinne devra donc être négatif*.

Il sera intéressant, de plus, de s'assurer, par l'épreuve de Gellé, de l'état de mobilité de l'étrier.

Enfin, en vue d'éviter toute cause d'erreur dans l'interprétation des résultats du traitement, il importera d'examiner de près le système nerveux, pour acquérir la certitude qu'on ne se trouve pas en présence de sujets trop facilement suggestionnables et susceptibles d'être améliorés momentanément par n'importe quelle thérapeutique agissant plutôt sur leur imagination que sur les lésions auditives traitées.

En résumé donc, trois types de sourds : le labyrinthe pour le médecin ; l'oto-adhésif pour l'auriste ; l'oto-scléreux que nul ne réclame.

Cette trichotomie de la surdité peut s'exprimer clairement dans le tableau suivant :

Type de la surdité	Cause	Objectivité	Subjectivité	Traitement
Labyrinthique	Hématogène	Lésions non apparentes	Audition aérienne } audition osseuse (Rinne +)	Général
Oto-scléreuse	Héréditaire	Lésions non apparentes	Audition aérienne } audition osseuse (Rinne -)	(?)
Oto-adhésive	Rhinogène	Lésions très apparentes	Audition aérienne } audition osseuse (Rinne -)	Local

On reprochera sans nul doute à cette classification d'être schématique et artificielle.

Schématique, certes. — Et elle doit l'être pour pouvoir nous guider dans le chaos nosologique où fourmillent toutes les surdités non suppurantes entassées encore tout récemment dans la *classe-débarras* étiquetée otite sèche.

Artificielle, non. — Les surdités labyrinthique, oto-scléreuse et oto-adhésive forment trois types nets. Qu'il y ait des cas mixtes qui transitionnent, nous n'y contredisons pas ; mais il serait désavantageux d'en tenir compte à l'heure actuelle. Dans les jeunes sciences naturelles, dont est l'otologie, une classification durable ne peut s'établir que sur les bases fermes des cas typiques. Ainsi fit Linné, il y a deux siècles. Sa solide classification botanique n'aurait pas résisté au temps si elle se fût embarrassée des formes hybrides.

TRAITEMENT DE L'OTITE ADHÉSIVE

Tous les traitements employés dans l'otite adhésive — et ils sont nombreux — ont le même but : rompre ou relâcher les adhérences qui immobilisent la chaîne des osselets et la membrane tympanique.

On emploie, pour arriver à ce résultat, ou plutôt pour s'en approcher, différents moyens, appliqués ensemble ou séparément :

1° *La suppression chirurgicale des adhérences* : synéctomie, plicotomie, ténotomie du tenseur du tympan, mobilisation ou extraction de l'étrier ;

2° *La mobilisation mécanique des divers éléments* : cathétérismes, massages, instillations liquides *per tubam* sous pression (huile de vaseline stérilisée, etc.) ;

3° *Le ramollissement du tissu de cicatrice* : instillations par la trompe ou par le conduit, suivant les cas, de liquides caustiques ou résolutifs tels que solutions de potasse ou de soude à 1/400, solution iodo-iodurée à 1/50, de chlorure de zinc à 1/50..., etc.

Chacun de ces trois procédés offre des avantages et des inconvénients : mais, c'est incontestablement le dernier auquel les auristes paraissent avoir renoncé en plus grand nombre au cours de ces dernières années, depuis que notre spécialité est entrée plus avant dans la voie chirurgicale.

Comme on le sait, la méthode consiste à laisser en contact ces diverses solutions ou bien des substances gazeuses, avec les tissus de cicatrice, un temps suffisant pour les pénétrer et les ramollir.

Ce ramollissement passager des brides permet leur relâchement qui peut être accentué, au besoin, par des manœuvres d'aspiration ou de refoulement au moyen de massages par le conduit ou de cathétérismes de la trompe.

Malheureusement, les améliorations obtenues par ce procédé, bien que parfois encourageantes, eurent toutes le défaut d'être

éphémères ; et nous avons personnellement à peu près renoncé à l'employer lorsqu'en 1900 notre attention fut de nouveau attirée sur lui à la suite de la publication d'un travail de Teleky (de Vienne) relatant la guérison d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage par ramollissement au moyen d'injections hypodermiques d'une solution alcoolique de *thiosinamine* à 15 %. Le malade avait été traité par le Prof. von Hebra qui, dès 1892, avait employé ce produit sous la même forme pour la guérison de cicatrices, suites de lupus, et mis en relief l'action élective de la *thiosinamine* sur les tissus cicatriciels.

En 1902, espérant obtenir des résultats aussi heureux pour le ramollissement des cicatrices consécutives à l'otorrhée et atténuer ainsi la surdité et les bourdonnements qui en résultent, nous essayâmes ce même traitement.

Sans sélectionner les malades, comme nous le faisons avec soin aujourd'hui, nous fîmes porter cet essai non seulement sur des oto-adhésifs mais aussi sur un certain nombre d'oto-scléreux.

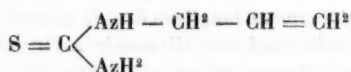
Chacun de ces sourds reçut au bras une série de vingt injections de un demi à 1 centimètre cube de solution alcoolique de *thiosinamine* à 15 %. Chez la moitié de ces malades, nous fîmes suivre immédiatement l'injection de traitements locaux. L'autre moitié fut laissée sous la seule influence de la *thiosinamine*.

Les résultats furent nuls. Et nos essais en restèrent là momentanément.

Mais nous suivîmes avec intérêt les travaux, assez nombreux, qui parurent sur la question — travaux que nous analysons succinctement ci-après — et, au commencement de 1906, nous reprîmes, à notre tour, le traitement de l'otite adhésive par la *thiosinamine*, non plus cette fois en injections hypodermiques mais en *bains locaux* dans la caisse ou en injections *par la trompe* suivis d'aspirations par le conduit à l'aide du masseur de Delstanche.

LA THIOSINAMINE

Chimie. — La thiosinamine est une allyl-sulfocarbamide ou allylthiourée.



Elle se prépare en faisant agir l'ammoniaque sur l'essence de montarde. On chauffe à 40° 2 parties de sulfure d'allyle, 1 partie d'alcool absolu et 7 parties de sel ammoniac marquant 0,960 au densimètre. Après concentration du mélange au bain-marie, il se dépose par refroidissement des cristaux de thiosinamine.

Ces cristaux prismatiques blancs, brillants, inodores, de saveur amère, non toxiques, fusibles vers 70°, sont très peu solubles dans l'eau froide, plus solubles dans l'eau bouillante. Ils sont facilement solubles dans l'alcool et dans l'éther et les solutions ainsi obtenues ont une consistance sirupeuse.

Cette presque insolubilité dans l'eau a longtemps entravé son emploi thérapeutique. On ne pouvait utiliser au début que des solutions alcooliques de thiosinamine, inefficaces en ingestions buccales, très douloureuses en injections hypodermiques.

Unna fit préparer des savons et des emplâtres à la thiosinamine.

Juliusberg employa ce corps dissous dans un mélange d'eau et de glycérine. Cette préparation était moins douloureuse que la solution alcoolique pour les injections hypodermiques, mais elle présentait l'inconvénient de laisser précipiter le sel au fur et à mesure de son refroidissement. Il était nécessaire, par suite, de chauffer les ampoules de cette préparation au moment de leur emploi ; or, on reconnaît que la thiosinamine s'altère à la chaleur (Mendel), ce qui se traduit par une odeur d'ail caractéristique et une moindre activité de la solution (Lewandowsky).

En 1905, F. Mendel réussit à solubiliser dans l'eau la thiosinamine par l'adjonction d'un autre corps, formant avec elle un sel soluble. Ainsi fut établie la *fibrolysine*. De même, on accroît la solubilité de la caféine à l'aide du benzoate ou du salicylate de soude.

La fibrolysine, préparée par Merck, contient une molécule de thiosinamine pour une demi-molécule de salicylate de soude, elle se dissout aisément dans l'eau dans la proportion de 15/100.

La solution de fibrolysine allemande a l'inconvénient de se décomposer rapidement à l'air ou à la lumière ; sortie des ampoules stérilisées de verre jaune qui la renferment, elle prend l'odeur alliée, signe d'altération. En outre, elle cristallise avec une telle rapidité qu'elle obstrue souvent les aiguilles qui servent à l'injecter.

Michel (de Paris) a perfectionné la solution de thiosinamine. Il a étudié sa solubilité dans l'eau en composition avec différents corps et, en particulier, avec le chloral, les phénols, les sels d'acides aromatiques, les sels d'oxyphénols solubles dans l'eau et l'antipyrine. Le phénol ordinaire, la résorcine, le pyrogallol et même le tanin augmentent le degré de solubilité de la thiosinamine dans l'eau. Il en est de même du benzoate de soude qui donne avec la thiosinamine un composé soluble, mais moins pourtant que le salicylate de soude.

Plusieurs de ces composés doivent être écartés de la thérapeutique, soit à cause de leur toxicité, soit à cause de leur action irritante. Le produit le plus intéressant à ce point de vue est l'antipyrine.

Un mélange d'une molécule de thiosinamine avec une demi-molécule d'antipyrine donne un produit liquide et fortement sirupeux à la température ordinaire.

Incolore, inodore, ce mélange est très soluble dans l'eau, plus soluble que ne l'est le sel double de thiosinamine et de salicylate de soude (fibrolysine de Merck). Il est dissocié par l'addition d'une très petite quantité d'eau ; mais l'adjonction de trois parties d'eau en opère la dissolution. Il est donc facile d'obtenir des solutions aqueuses à 15 %, et même plus concentrées.

Les solutions aqueuses à 15 %, de Michel, paraissent se

conserver très longtemps à l'air et à la lumière blanche. Elles ne produisent que rarement des dépôts. C'est à l'odeur alliagée qu'on s'apercevra qu'elles perdent de leurs propriétés thérapeutiques.

ACTION SUR LES TISSUS

1° *Action locale.* — *Ramollir les cicatrices* est la propriété spécifique de la thiosinamine. Cette curieuse action peut s'exercer à distance. Des injections hypodermiques lèvent des vieux rétrécissements de l'urètre (Hanc) ou dilatent le canal œsophagien rétréci par des adhérences cicatricielles (Hebra, Téléky).

L'action élective de la thiosinamine sur le tissu cicatriciel a été bien expliqué par Glas. Ce corps œdématie les cicatrices. Ainsi, dans un cas de sténose fibreuse du larynx de nature syphilitique depuis longtemps bien toléré, quatre injections de thiosinamine provoquèrent un tel gonflement du tissu scléreux qu'il fallut faire d'urgence la trachéotomie.

Histologiquement, les cicatrices thiosinamisées perdent leur aspect habituel. Leurs limites deviennent floues et il n'est plus possible de les distinguer du tissu conjonctif environnant. Les noyaux paraissent écartés. Les fibres sont boursoufflées et dissociées.

L'action de la thiosinamine en injection hypodermique est comparable à celle de la stase veineuse dans la méthode de Bier. Il y a œdème interstitiel et ramollissement. Cette action « lymphagogue » ne se produit pas dans les tissus sains, si l'on ne dépasse pas les doses thérapeutiques. A doses toxiques, la thiosinamine produit, chez les grenouilles, un anasarque persistant (Lange).

En outre, d'après Doliker, la thiosinamine provoquerait, déjà quatre heures après son administration, une leucocytose très marquée; et, sollicités par une sorte de chimiotaxie positive, les leucocytes en excès, appelés vers les cicatrices, y affluent et s'y comportent en phagocytes (Sugar) vis-à-vis du tissu conjonctif.

En applications locales, nous pensons comme Basz, que la thiosinamine agit de même comme lymphagogue, chimio-taxique et hyperhémiant local.

L'absorption sera moins profonde que dans l'injection hypodermique et sera faite seulement à la surface du tissu cicatriciel, du moins au début. Peu à peu cette absorption deviendra plus intense et plus profonde, surtout si comme dans l'otite adhésive on complète le traitement par des manœuvres d'aspiration qui rempliront le double rôle d'hyperhémier le tissu et de le relâcher en dissociant les fibres de ce tissu.

Il est facile d'observer à l'œil nu l'apparition d'une hyperhémie notable suivant immédiatement un bain de thiosinamine. Au début du traitement, on n'observe qu'une légère vascularisation formée par un réseau à mailles larges de fils ténus. Plus tard, au contraire, c'est la surface tout entière qui est congestionnée, et, le fond de caisse, ainsi que la partie adjacente de la peau du conduit, sont rouges uniformément.

Pour apprécier à leur juste valeur ces effets locaux, il faut distinguer suivant que l'on emploie la solution à 15 % alcoolique ou aqueuse.

Avec la solution alcoolique que nous avons employée au début, les phénomènes d'hyperhémie étaient extrêmement marqués. Dans plusieurs cas même, nous eûmes à déplorer le retour de l'otorrhée. Nous avons même noté, dans deux cas, de l'otorrhagie. C'est qu'à l'action de la thiosinamine venait se joindre celle non moins irritante de l'alcool.

Nous avons observé à diverses reprises des poussées d'eczéma du conduit auditif et du pavillon de l'oreille au cours du traitement par les bains quotidiens, même en utilisant la solution aqueuse. La cessation du traitement pendant quelques jours amène la disparition rapide de l'eczéma.

La thiosinamine ramollit le tissu cicatriciel, mais *elle ne le détruit pas*.

Son effet est rapide, mais il est, par contre, essentiellement passager. Le bénéfice acquis disparaît peu de temps après la cessation du traitement, surtout lorsqu'il s'agit d'applications locales.

La thiosinamine n'est donc qu'un *adjuvant du traitement*

mécanique qui doit toujours intervenir à sa suite, pour tendre définitivement le tissu des cicatrices devenu extensible sous son influence (Téléky). Ce n'est qu'en associant ces deux éléments thérapeutiques qu'on obtiendra une guérison durable.

Les améliorations les plus rapides et les plus durables que nous ayons obtenues ont été celles où un masseur de Dels-tanche ayant été confié au malade lui-même, suffisamment intelligent ou à un médecin de son entourage, chaque bain était immédiatement suivi des manœuvres locales.

Fraenkel cite un exemple frappant à l'appui de cette affirmation. En 1900, une de ses malades atteinte de rétrécissement fibreux de l'œsophage est cathétérisée sans résultat. Von Hebra lui fait ensuite, en douze jours, dix injections hypodermiques de thiosinamine ; pas de résultat non plus. On recommence alors les cathétérismes qui, très rapidement, permettent à la malade de reprendre son alimentation ordinaire. Deux ans après, la guérison s'était maintenue. L'œsophagoscopie montrait à la place de la cicatrice une muqueuse souple et rougeâtre.

La thiosinamine n'agit donc que comme une SENSIBILISATRICE du tissu cicatriciel, qui l'oblige à céder aux influences mécaniques, auxquelles il aurait résisté sans elle.

2^e *Action générale.* — La thiosinamine est un agent inoffensif. Elle n'est pas toxique, même à fortes doses. Von Horn a fait pendant quinze mois, à deux femmes, deux ou trois fois par semaine, des injections hypodermiques de 1 centimètre cube d'une solution alcoolique à 15 %. Cette dose formidable n'amena à la longue qu'un peu d'inappétence et de fatigue, lesquelles disparurent rapidement après la cessation du traitement.

De même qu'Urbantschitsch, nous avons pratiqué, sans aucun inconvénient, 20-30 injections hypodermiques de deux en deux jours, chez un assez grand nombre de malades.

À l'encontre des injections de la solution alcoolique de thiosinamine, qui étaient si douloureuses que la plupart des malades se refusaient à suivre le traitement, l'injection de la solution aqueuse produit seulement une légère sensation de

cuisson qui cesse au bout de cinq minutes. La peau montre ensuite une tache bleue et jaune qui demande quelques semaines pour disparaître. Parfois, sur le lieu de la piqure, on voit apparaître, vers le dixième jour, de petits nodules tout à fait indolores, mais dont la résorption ne se fait qu'au bout de plusieurs mois. Ces nodules sont dus à la cristallisation rapide d'une partie du liquide injecté : cristaux qui se comportent en corps étrangers aseptiques. Toutefois, il ne faut pas manquer d'employer des solutions stérilisées, car la thiosinamine n'a aucune propriété bactéricide.

L'action de la thiosinamine sur l'état général est très anodine. Légère céphalée et fatigue passagère s'observent assez souvent ; elles disparaissent peu d'heures après l'injection.

Par contre, certains malades en éprouvent une augmentation de l'appétit.

Chez certains autres, elle excite la diurèse (Hébra).

Il ne faut pas faire d'injections de thiosinamine :

1° Aux anciens opérés porteurs de cicatrices cutanées importantes (celles-ci peuvent se rouvrir à la suite du traitement) ;

2° Aux tuberculeux, car Hébra a vu, sous son influence, de vieilles caries se réchauffer et des tuberculeux apyrétiques devenir fébriles ;

3° Quand il y a soupçon de tumeurs malignes, attendu que l'ouverture des voies lymphatiques expose aux métastases.

Ces contre-indications, faciles à établir par un examen d'ensemble du malade, ne doivent pas nous détourner de l'emploi de la thiosinamine. Sont seules inoffensives les médications anodines. Et rien ne prouve mieux l'action puissante fibrolytique de la thiosinamine que les accidents que provoque son administration imprudente.

HISTORIQUE ⁽¹⁾

Von Hebra ⁽²⁾ introduisit la thiosinamine dans la théra-

⁽¹⁾ Pour l'Historique de la question voir la *Thèse d'HOREAU*, Paris, 1907.

⁽²⁾ HEBRA. — *Monats. f. prakt. Derm.* (Hamb., 1892).

peutique. Ses premières recherches furent communiquées au Congrès de Dermatologie de Vienne, en 1892. Il employait ce corps dans le but de ramollir les cicatrices consécutives au lupus, sous forme d'injections hypodermiques d'une solution alcoolique à 15 %.

Les conclusions de Von Hebra furent les suivantes :

La thiosinamine ramollit les cicatrices. Elle ramollit et réduit le volume des ganglions de voisinage chroniquement engorgés.

A la suite d'expériences sur les animaux, il reconnaît l'innocuité de ce produit.

En 1893, Latsko, dans une communication à la Société impéριο-royale des médecins de Vienne, confirma les résultats obtenus par Von Hebra.

La même année, Hanc ⁽¹⁾ appliqua heureusement la thiosinamine au traitement des rétrécissements de l'urètre.

Richter ⁽²⁾ échoua au contraire dans des cas semblables ; mais il avait eu le tort d'employer la thiosinamine seule sans y adjoindre le traitement mécanique.

En 1894, Keitel, Van Hoorn ⁽³⁾, Sendziak employèrent les injections hypodermiques de thiosinamine, ce dernier, dans le traitement de la tuberculose du larynx et du poumon. Van Hoorn, tout en confirmant les résultats obtenus par Von Hebra dans les cicatrices lupiques et en affirmant comme lui l'innocuité de la thiosinamine sur l'état général, même dans un emploi prolongé, note des réactions locales plus intenses, en particulier l'apparition de rhagades succédant à de la rougeur et de la tuméfaction et sécrétant parfois un liquide séreux. Van Hoorn remarqua de plus que la solution à 15 % retarde le développement d'une culture, mais sans tuer pour cela les bactéries, même après un contact de 24 heures.

En Amérique, Sinclair Tousey ⁽⁴⁾, en 1896, étudia l'action de

⁽¹⁾ HANC. — *Wiener medizinische Presse*, n° 8, 1903.

⁽²⁾ RICHTER. — *Ueber die Wirkungen der Injektionem von Thiosinamin auf das Blut* (*Wien. med. Wochenschr.*, 1893).

⁽³⁾ VAN HOORN. — *Klinische und bacteriologische Erfahrungen mit Thiosinamin* (*Monatsbl. f. prakt. Dermat.*, Hamb. 1894).

⁽⁴⁾ S. TOUSEY. — *Treatment for inoperable tumors and cicatricial contractures* (*New-York, medical Journal*, 1896).

la thiosinamine sur certains néoplasmes et obtint des résultats satisfaisants dans 3 cas de chéloïdes, 2 de carcinomes et 2 de lupus.

Assez rapidement les indications de la thiosinamine s'étendirent. Unna ⁽¹⁾, en 1897, employa ce produit en savons et en emplâtres. Il échoua ainsi dans le traitement du lupus, mais réussit dans celui des chéloïdes. Latzko ⁽²⁾ et Kalinczuth ⁽³⁾ l'utilisèrent dans les pelvi-péritonites.

Enfin Téléký ⁽⁴⁾ en 1901, régla mieux la technique du traitement et obtint de beaux succès en l'appliquant méthodiquement aux sténoses fibreuses de l'œsophage. C'est lui qui établit nettement que l'action du médicament ne s'étendait pas seulement à une cicatrice, mais à toutes les cicatrices du sujet. Après deux succès, il eut un accident probant dans ce sens : Un enfant, atteint de sténose fibreuse de l'œsophage, avait dû subir la gastrostomie. Toute tentative de dilatation de l'œsophage ayant échoué après l'opération, on essaya des injections de thiosinamine ; mais on observa bientôt une incontinence de la fistule stomacale et le malade mourut des suites de l'accident.

C'est à la suite des résultats heureux publiés par Téléký, que se placent, en 1902, nos essais sans résultats de traitement d'oto-scléreux et d'oto-adhésifs par des injections hypodermiques d'une solution alcoolique de thiosinamine à 15 %₀. Nous ignorions d'ailleurs, qu'en 1897, S. Tousey avait ainsi amélioré un cas de surdité ancienne.

Vers la même époque, William Robinson ⁽⁵⁾ et J.-C. Bech ⁽⁶⁾ furent plus heureux que nous. Le premier traita avec succès quelques cas d'opacité de la cornée et signala que quelques

(1) USNA. — *Monatschr. für prakt. Dermatol.*, 1899.

(2) LATZKO. — *Wiener klin. Wochenschr.*, 1893.

(3) KALINCZUTH. — *Prag. med. Wochenschr.*, 1893.

(4) TÉLÉKÝ. — *Zentralblatt f. d. Grenzgebiete d. med. u. chim.*, 1901; TÉLÉKÝ. — *Beiträge zur mechanischen und medicamentösen (Thiosinamin) Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerungen (Wiener klinisch. Wochenschr., 1902)*; TÉLÉKÝ. — *Die Langen verätkungen der Speiseröhre (Zeitschr. für Heilkunde, 1904)*.

(5) WILLIAM ROBINSON. — *Thiosinamine. Its pharmacologic and therapeutic uses (Merk's arch., New-York, 1901)*.

(6) J. BECH. — *Thiosinamin bei Ohrak (Laryngoscope, juin 1902)*.

auteurs avaient obtenu des résultats dans le traitement de la surdité consécutive à une otite moyenne ayant laissé à sa suite après cicatrisation de l'ankylose des osselets et des adhérences. Beech appliqua exclusivement pendant plusieurs mois les injections de thiosinamine au traitement de 5 cas d'otite moyenne catarrhale chronique, complétant ce traitement par le massage du tympan, le bougirage et l'électrolyse de la trompe d'Eustache. Il parvint ainsi à dominer la surdité et les bourdonnements.

Glas ⁽¹⁾, en 1903, publie un intéressant travail, dans lequel il relate les améliorations apportées dans 5 cas de rhinosclérome et 1 cas de cicatrices consécutives à de la syphilis tertiaire grave et publie les résultats de l'examen histologique d'un fragment de tissu de rhinosclérome traité par les injections de la solution de thiosinamine.

Irsai ⁽²⁾, en 1904, dans un travail rapportant les observations de 9 cas de rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, confirme les résultats déjà trouvés, à savoir que la thiosinamine ne suffit pas à elle seule, pour vaincre le rétrécissement, mais qu'il faut joindre à ce traitement la dilatation mécanique.

D'autres auteurs employèrent la thiosinamine dans des affections nombreuses et variées. C'est ainsi que Lengemann ⁽³⁾ l'utilise pour vaincre une rétraction de l'aponévrose palmaire, Hartz ⁽⁴⁾, dans 1 cas de sténose du pylore, Roos ⁽⁵⁾ l'essaya dans les affections valvulaires du cœur, consécutives à l'endocardite.

C'est Sugar ⁽⁶⁾ qui, en 1905, mit au point la question en relatant les travaux publiés avant lui. Sugar employa la thiosinamine exclusivement dans l'otite adhésive, en éliminant l'oto-sclérose. Concurrément aux injections hypodermiques, il faisait pénétrer dans l'oreille moyenne par voie tubaire, une

(1) GLAS. — Ueber Thiosinamin versuche bei Rhinosclerom (*Wiener klinischen Wochens.*, n° 11, 1903).

(2) IRSAI. — Société hongroise de Rhino-Laryngologie, 15 décembre 1904.

(3) LENGEMANN. — *Deutsche med. Wochens.*, 1904.

(4) HARTZ. — *Deutsche med. Wochens.*, 1904.

(5) ROOS. — *Therapie der Gegenw.*, 1903.

(6) SUGAR. — Ueber Thiosinamin (*Arch. f. Ohrenh.*, 1904).

solution glycinée de thiosinamine à 10 $\frac{0}{0}$, moins irritante que la solution alcoolique.

Toutefois la question reste encore en suspens. Car tandis que Hirschland ⁽¹⁾, C. Kassel ⁽²⁾ confirment en partie les conclusions précédentes, Tapia ⁽³⁾ les rejette absolument.

Enfin, en 1906, nous reprîmes nos expériences abandonnées depuis 1902. Et, profitant des notions acquises dans cet intervalle, nous eûmes soin :

1° De ne traiter que les otites adhésives pures, cicatricielles, catarrhales ou accidentelles ;

2° D'employer la thiosinamine, non plus en injections hypodermiques, mais localement, en instillations par la trompe ou en bains du conduit ;

3° De lui adjoindre systématiquement les massages du tympan.

Cette fois nous fûmes plus heureux. Huit oto-adhésifs bénéficièrent, à divers titres, du traitement et les résultats obtenus furent publiés, en juillet 1906, à la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris ⁽⁴⁾. Malheureusement, chez deux malades, la suppuration de l'oreille reparut, provoquée par l'action irritante de l'alcool. Cet inconvénient a disparu depuis que nous nous servons, avec précaution, de la solution aqueuse de Michel.

..

TRAITEMENT DE L'OTITE ADHÉSIVE PAR LA THIOSINAMINE

Technique. — Notre technique du traitement thiosinamique de l'otite adhésive est d'une extrême simplicité et à la portée de tout praticien.

⁽¹⁾ HIRSCHLAND. — Ueber die Verwandung des Thiosinamin und fibrolysin in der otol. und rhinol. (*Arch. für Ohrenh.*, Leipz., 1905).

⁽²⁾ C. KASSEL. — Thiosinamin in der Behandlung Erkvankungen des ohres (*Zeit. f. ohrenheil.*, 1905).

⁽³⁾ TAPIA. — *Revue hebdom. de Laryng.*, etc. (15 décembre 1906).

⁽⁴⁾ LERMOYEZ et MAHU. — « Contribution au traitement de l'otite adhésive » (1^{re} communication) ; *Bulletin et mémoires de la société de laryng., d'otol. et de rhin. de Paris*, 1906).

1° *Bains locaux.* — Le sourd prend chaque jour, de préférence le soir, avant de se coucher, un *bain d'oreille* d'une durée de dix minutes avec une vingtaine de gouttes de la solution de Michel, tiédie au bain-marie.

Thiosinamine.	15 grammes
Antipyrine	7,50 gr.
Eau distillée	100 grammes

Après le bain, sécher avec soin, à l'ouate hydrophile, la conque et l'entrée du conduit auditif pour éviter l'irritation cutanée.

Trois fois par semaine, le malade va voir son médecin qui lui fait prendre un bain semblable et fait suivre ce bain d'un massage pneumatique du tympan.

Dans certains cas, où il est possible d'autoriser le malade à se faire soi-même les massages, il y a intérêt à faire suivre le bain quotidien d'un massage.

La durée du traitement sera alors abrégée et le fond de caisse surveillé de près.

En général, dès le quinzième jour, l'audition est nettement accrue. Cette amélioration est parfois remarquable dans les états adhésifs cicatriciels, suites d'otorrhées guéries où une large perforation tympanique permet la pénétration du liquide dans la caisse. Elle est évidemment moindre dans l'otite adhésive, consécutive aux vieux catarrhes tubo-tympaniques, où le tympan est non perforé ; néanmoins nous avons observé que, même dans ces cas, la thiosinamine agit ; il semble qu'elle puisse diffuser à travers le tympan pour ramollir les brides situées à l'intérieur de la caisse.

2° *Injectons par la trompe.* — En cas d'insuccès — mais dans ces cas seulement — nous procédons aux injections tubaires. Ce procédé de technique plus difficile oblige le patient à une surveillance plus stricte. En revanche, il semble être plus efficace que le simple bain du conduit.

Pour pratiquer l'injection tubaire nous avons fait construire par Collin une sonde d'Itard en métal, dont le pavillon a été supprimé et à la place duquel a été soudé un embout du calibre de l'embout de la seringue de Pravaz. Le pavillon de

la sonde, mobile, est muni d'un embout de même calibre et peut être fixé à la sonde alternativement avec la seringue.

Après avoir reconnu avec la poire de Politzer que la sonde d'Itard est en place comme pour un cathétérisme, enlever le pavillon mobile, mettre à sa place une seringue de Pravaz de 2 centimètres cubes, pleine de la solution de thiosinamine.

Pousser d'abord doucement l'injection pour remplir la sonde ; donner ensuite un petit coup de piston sec pour faire pénétrer le liquide dans la trompe et jusque dans la caisse. Le choc ainsi produit dans la caisse sera nettement perçu par le médecin par l'intermédiaire du tube otoscope.

Les injections tubaires de thiosinamine sont d'ailleurs absolument inutiles : 1° si le tympan est perforé ; 2° si le tympan est tellement collé au fond de la caisse qu'il soit impossible de faire pénétrer la moindre goutte de solution dans la cavité virtuelle de l'oreille moyenne. Dans ce dernier cas, bougirage de la trompe et raréfaction de l'air, dans le conduit, doivent être faits avec persévérance ; et, dès qu'on voit le tympan commencer à se détacher du fond de la caisse en quelques points, on procède aux injections tubaires.

Ce procédé est inoffensif et amène tout au plus une légère injection tympanique et de l'amertume dans la bouche, à condition : 1° qu'on emploie une solution rigoureusement stérilisée ; 2° qu'on n'en injecte que deux ou trois gouttes à la fois.

Dans certains cas rebelles, nous nous sommes bien trouvés de l'emploi combiné des deux traitements : bains du conduit et injections tubaires.

Bien entendu, la cure de thiosinamine, par l'un ou l'autre procédé, ne peut donner de résultat durable que si l'on y joint le traitement mécanique.

La durée du traitement est très variable suivant les cas et suivant les sujets : trois semaines au moins, six semaines au plus sans interruption, quitte à reprendre ensuite, après un repos variable, une ou plusieurs cures de même durée.

Chez certains malades, il se produit une hyperhémie considérable, soit du fond de caisse, soit du tympan et même de la

dermite du conduit et du pavillon, toutes causes qui obligent à cesser le traitement pendant quelque temps.

Chez d'autres dont l'otorrhée n'était pas tarie depuis assez longtemps ou qui avaient continué les bains sans interruption pendant un temps trop long, nous avons constaté un retour de la suppuration.

Une hyperhémie trop violente, accompagnée parfois de démangeaisons ou même de douleurs assez vives au fond de l'oreille, doit donc attirer l'attention du médecin qui fera cesser le traitement le cas échéant.

Indications. — Actuellement les indications de ce traitement paraissent nettes mais encore très restreintes.

Tout d'abord les malades devront être traités en dehors de toute poussée aiguë.

De plus, est seule justiciable de la cure de thiosinamine la surdité due à l'otite adhésive, que celle-ci soit consécutive à une suppuration tarie ou à un catarrhe non suppuré.

Labyrinthiques et oto-scléreux en doivent être systématiquement exclus.

Et parmi les oto-adhésifs, tous n'ont pas droit indistinctement à la thiosinamine. Il faut encore, dans ce groupe soigneusement sélectionné, procéder à une nouvelle élimination : refuser ceux dont le labyrinthe est manifestement insuffisant ; éloigner ceux dont l'étrier est immobilisé.

Restent donc, en fin de compte, comme seuls justifiables de la cure, *les sourds adhésifs chez lesquels le Rinne est négatif et le Gellé positif*, et qui ont conservé une bonne perception osseuse indiquée par un Schwabach non raccourci.

Chez ceux-là on a presque toujours chance de réussir ; et l'espoir est plus grand dans l'otite adhésive d'origine suppurative, où une large perforation permet à la solution active l'accès large et direct dans la caisse, que dans l'otite adhésive d'origine catarrhale, où le médicament ne peut atteindre les adhérences que par les voies transtympaniques ou transtubaraires, parfois infidèles.

Contre-indications. — On doit exclure :

1° Les malades dont la peau du conduit ou du pavillon n'est pas intacte ;

2° Les otorrhéiques dont l'écoulement n'est pas tari depuis plusieurs mois ;

3° Les labyrinthiques ;

4° Les otoscléreux.

On doit se méfier :

Des nerveux chez lesquels *une surdité psychique* (Boulay et Le Marc'Hadour) embarrasse souvent le diagnostic des auristes orthodoxes et facilite les entreprises des autres.

Les psycho-sourds atteints, il est vrai, d'affections locales mais avant tout, phobiques de la surdité, déconcertent au premier abord. Leur allure inquiète, leur angoisse de ne pas entendre pendant les épreuves acouméttriques, ainsi que le désaccord souvent invraisemblable entre les données de l'examen objectif et de l'épreuve de l'ouïe les trahissent. Chez eux la moindre action thérapeutique, présentée avec assurance et acceptée avec confiance, est prétexte à guérison. Aussi pourrait-on s'abuser, si l'on n'y prenait garde, sur l'action de la thiosinamine : elle agirait alors surtout par les paroles qui accompagnent sa prescription. Pour les psycho-sourds, la manière de donner vaut mieux que ce qu'on donne.

Souvenons-nous donc que *les échecs* de la cure de thiosinamique dans la surdité peuvent tenir non seulement aux fautes de technique, mais encore aux fautes de diagnostic.

Résultats. — Les résultats que nous avons obtenus dès maintenant, après une année d'essais, ont été satisfaisants dans la plupart des cas, surtout si l'on tient compte de l'absence totale jusqu'à ce jour d'un traitement efficace de l'otite adhésive et aussi de la simplicité et de l'innocuité de la méthode employée.

Nous possédons déjà une trentaine d'observations positives à différents degrés et dont Horeau a déjà reproduit une partie dans sa thèse.

Parmi ces observations nous en choisissons trois, une de chaque type différent que nous donnons ci-après avec quelque détail pour mieux mettre en lumière la marche du traitement et les résultats obtenus.

OBSERVATION I. — *Otite adhésive suite d'otorrhée tarie.*

M^{lle} C..., 17 ans, fille d'un confrère, est légèrement sourde de l'oreille droite et surtout se plaint de bourdonnements depuis sa première enfance, époque à laquelle est survenue une otite moyenne suppurée, suite de rougeole, et réchauffée par une scarlatine.

L'otorrhée, qui persista plusieurs mois à chaque fois, est aujourd'hui tarie depuis longtemps, mais il existe une otite adhésive bien caractérisée.

Le tympan cicatriciel est extrêmement enfoncé et collé en plusieurs points au fond de caisse ; le manche du marteau est immobile au Siegle ; il existe une perforation étroite et de nombreuses adhérences dans le quadrant postéro-inférieur.

O. D.	{	M. os = B.
		— air = 0 ^m ,12
		Rinne = —
O. G.	}	normale
Weber = latéral. à droite.		

Sous la surveillance de son père, la jeune fille prend chaque jour en se couchant un bain de dix minutes dans l'oreille droite de la solution alcoolique de thiosinamine à 15 $\frac{0}{0}$. Après avoir montré au père le mode d'emploi du masseur de Delstanche, on recommande de faire suivre chaque jour le bain d'un léger massage du fond de l'oreille.

Malheureusement au bout de 15 jours, l'irritation produite par le traitement a ramené la suppuration.

On cesse les bains pour les reprendre un mois seulement après disparition de tout écoulement, non plus avec la solution alcoolique, mais avec la solution aqueuse combinée du Dr Michel.

Le résultat fut des plus heureux. Pas de retour d'écoulement. Les bourdonnements disparurent. Le quadrant tympanique, précédemment immobilisé à sa partie inférieure, n'est plus entièrement accolé au fond de caisse et permet une mobilité relative du manche du marteau.

O. D.	{	M. air = 0 ^m ,40
O. G.		

Six mois après cessation du traitement, ce résultat s'est maintenu. On recommence alors une nouvelle série de quinze bains suivis de massage.

A la date d'aujourd'hui, c'est-à-dire un an après le début et cinq mois après cessation de tout traitement, l'amélioration reste acquise.

OBSERVATION II. — *Otite adhésive suite de catarrhes tubo-tympaniques à répétition.*

M^{me} S..., 24 ans, est une ancienne adénoïdienne atteinte de coryza chronique qui, depuis plusieurs années déjà, se plaignait de surdité bilatérale, plus prononcée à droite et même de légers vertiges survenant l'hiver et s'accroissant de plus en plus chaque année.

D'une année à l'autre, la surdité acquise a augmenté et est devenue constante.

Jamais d'écoulement d'oreille.

A droite, le tympan est collé au fond de caisse, moulant tous les reliefs de cette surface. Le quadrant antéro-inférieur est seul mobile.

A gauche, le tympan épaissi est très enfoncé ; il n'est pas mobile au Siegle.

O. D.	{	M. air = 0 ^m ,01.
		— os = B
		Rinne = —
O. G.	{	Gellé = +
		M. air = 0 ^m ,12.
		— os = B
	{	Rinne = —
		Gellé = +
Weber = latéral. à droite.		

Après traitement du coryza chronique à savoir :

1° Transformation de la nature des sécrétions qui, sous l'influence de pulvérisations de protargol, devinrent de muco-purulentes franchement aqueuses, sans diminution de quantité ;

2° Applications d'air chaud qui tarirent les sécrétions aqueuses.

On commence par traiter l'oreille droite à l'aide de bains quotidiens ou d'injections dans la caisse avec la solution aqueuse de thiosinamine à 15 ‰, suivis de massages trois fois par semaine, sans toucher à l'oreille gauche.

Après quinze jours de traitement, l'amélioration est considérable :

O. D. } Monte air = 0^m,12.

Dix jours plus tard, l'amélioration s'accroît. Les bourdonnements, déjà atténués précédemment, ont complètement disparu.

O. D. } M. air = 0^m,25.
 } Rinne = +

Weber = latéral. à gauche.

L'oreille droite est ainsi devenue meilleure que l'oreille gauche.

Abandonnant dès lors le côté droit, on passe à l'oreille gauche que l'on traite de la même manière et, au bout d'une quinzaine de jours, on arrive à un résultat assez satisfaisant.

O. G. } M. air = 0^m,20.

Malheureusement, un coryza aigu, ramenant le catarrhe nasopharyngien, nous reporte en arrière, presque au point de départ.

On traite le coryza seul et, après disparition, on retrouve, sans avoir touché aux oreilles, l'amélioration obtenue du côté droit tandis que l'audition est revenue au point de départ du côté gauche. Reprenant alors pour cette dernière oreille les bains avec une solution concentrée (à 20 %) de thiosinamine, suivis de massages, on arrive, après trois semaines, à un résultat identique à celui obtenu du côté droit.

La malade est restée en observation : le résultat est demeuré acquis depuis deux mois.

OBSERVATION III. — *Otite adhésive suite d'érysipèle chez un scléreux.*

M. P..., 72 ans, est un vieillard alerte, de bonne santé habituelle quoique légèrement rhumatisant et chez qui une otosclérose bilatérale est en marche lente depuis de nombreuses années déjà.

Atteint, du côté droit, d'un érysipèle ayant envahi le pavillon, le conduit et le tympan, il devient sourd de ce côté et se plaint de douleurs et de battements d'oreille synchrones du pouls.

A peu près guéri de son érysipèle, il se présente à nous avec un tympan rouge, infiltré, cicatriciel. Divers topiques irritants appliqués sur ce tympan en ont encore plus enflammé l'épiderme et avant toutes choses, nous conseillons à M. P... de s'abstenir de tout traitement local pendant une dizaine de jours.

Lors du premier examen, l'audition était la suivante :

O. G.	{	M. air = 0 ^m ,06.
		— os = médiocre
		Rinne = +
O. D.	{	M. air = 0 ^m ,01.
		— os = médiocre
		Rinne = +

Weber = latéral. à droite.

Après repos de 10 jours, la surdité de l'O. D. s'est encore accrue, ce qui s'explique par la raideur survenue à la suite de la cicatrisation complète des blessures du tympan.

O. D — M. air = contact.

On commence les bains de thiosinamine pris chaque jour chez lui par le malade et, après six bains sans massage, l'audition s'est déjà améliorée :

O. D — M. air = 0^m,03.

Après dix jours de traitement complet — bains quotidiens de dix minutes suivis de massages tous les deux jours — le résultat est satisfaisant : l'audition est égale pour les deux côtés :

O. D.	{	M. air = 0 ^m ,06.
O. G.		

Voulant pousser plus loin l'expérience, nous continuons ce même traitement pendant quinze autres jours, mais sans aucun résultat. Les lésions de sclérose sont évidemment rebelles au traitement et restent ce qu'elles étaient auparavant.

Revu le malade trois mois après cessation de tout traitement. L'amélioration demeure acquise.

Tous nos résultats n'ont pas été aussi heureux et aussi probants que ceux relatés dans les trois observations ci-dessus. Mais, d'une manière générale, nous pouvons dire que, rarement, ces résultats ont été nuls ou négatifs.

De plus, du jour où nous avons abandonné la solution alcoolique de thiosinamine pour employer exclusivement la solution aqueuse combinée avec l'antipyrine, nous n'avons plus

eu d'accidents, sauf deux fois : un retour d'otorrhée chez un homme dont l'écoulement était tari depuis trop peu de temps ; chez une jeune fille, une très légère poussée d'eczéma du conduit auditif, poussée qui disparut d'elle-même aussitôt après la cessation du traitement.

Les plus anciennes de nos expériences remontant à un an à peine, il ne nous est pas permis d'affirmer que tous les résultats acquis soient définitifs, d'autant mieux que nous devons à la vérité de déclarer que, chez trois de nos malades, nous avons noté une diminution sensible de l'amélioration constatée juste à la fin du traitement, sans qu'il soit survenu de cause étrangère apparente pour expliquer ce retour en arrière.

Deux d'entre ces derniers ont été traités à nouveau et améliorés pour la seconde fois.

Ajoutons enfin que quatre de nos malades ont été perdus de vue.

Quoi qu'il en soit, il est un fait à retenir de ce qui précède, c'est que, par l'action combinée de bains locaux avec une solution aqueuse de thiosinamine à 15 % et de légères aspirations du fond de caisse au moyen du masseur de Delstanche, il est possible d'arriver à ramollir le tissu cicatriciel immobilisant les divers éléments de l'oreille moyenne et de rendre, au moins en partie et pour un certain temps, à ces éléments une mobilité qu'ils avaient perdue.

Devons-nous en conclure que nous possédons enfin un moyen infailible de rendre l'ouïe aux sourds oto-adhésifs et de faire disparaître leurs bourdonnements ? En ces matières, le doute prolongé est prudent. Tant de traitements ont vu leur décadence succéder prématurément à leur grandeur que notre confiance ne se livre plus sans réserve à toute nouvelle thérapeutique auditive. Cependant, il semble que la thiosinamine, vieille déjà de quinze ans, n'ait point failli à ses promesses et il est vraisemblable que l'otiatricie a quelque aide à en attendre.

Gardons-nous bien toutefois de thiosinaminer tous les sourds. Une généralisation hâtive jetterait sur cette méthode le discrédit. La thiosinamine serait perdue pour nous du jour où elle deviendrait le « triomphe de la surdité vaineue ».

Evitons surtout le diagnostic facile et instantané qui, comme nous le disions plus haut, classe tous les vieux sourds dans le *caput mortuum* de l'otite sèche. Sachons, actuellement tout au moins, sélectionner nos cas : *Otite adhésive avec bon labyrinthe et étrier mobile*. Plus tard, peut-être, nos succès nous autoriseront-ils à étendre les indications de la thiosinamine à des tentatives plus hasardeuses ?...

III

UTILITÉ DE L'OTO-RHINOSCOPIE DANS LES DIVISIONS PALATINES

Par **CHERVIN** (1)

Directeur de l'Institut des Bègues de Paris.

Les opérations pour remédier aux divisions congénitales de la voute osseuse ou du voile du palais rentrent particulièrement dans nos attributions, non seulement à cause du lieu de l'intervention chirurgicale, mais aussi à cause de la nature même de l'opération qui demande une légèreté de main qu'on trouve particulièrement chez nos confrères de la spécialité. Mais il y a un troisième argument qui milite encore en leur faveur : c'est l'utilité de l'oto-rhinoscopie au point de vue du pronostic final.

Il est bien certain que le but recherché par ceux qui consentent à l'opération, c'est *uniquement* l'amélioration de leur langage.

Vous savez en effet, Messieurs, que le langage des perforés palatins est le plus ordinairement inintelligible par suite de l'absence d'articulation et par surcroît très désagréable à entendre à cause du nasonnement qui l'accompagne toujours. Le chirurgien n'a pas donc pas seulement à se préoccuper de la possibilité d'obtenir la suppression complète de la fissure mais encore et surtout de ce qu'il adviendra du langage lorsque l'opération aura été faite.

L'opération n'améliore pas, *ipso facto*, le langage ; elle n'a qu'un but, c'est de permettre son éducation. Mais cette éduca-

(1) Communication à la Société de laryngologie, d'otol. et de rhinol. de Paris.

tion elle-même ne dépend pas uniquement du traitement orthophonique qui sera institué, elle est, à son tour, en grande partie sous la dépendance directe de la topographie anatomique des organes qui concourent à la parole.

C'est ici qu'intervient l'oto-rhinoscopie pour nous fixer sur les conditions anatomiques de ces organes.

Généralement, la cause qui a produit la fissure palatine n'a pas seulement porté sur la partie osseuse ou membraneuse du palais. Toutes les cavités annexes ont le plus ordinairement subi, en même temps, des malformations qui ont eu un retentissement : 1° sur la production des sons, 2° sur l'articulation ; 3° sur l'audition.

Examinons chacun de ces points :

J'ai déjà montré, en 1889, au Congrès français de chirurgie, que si l'espace compris entre le pharynx et le voile palatin est trop grand, il y a un nasonnement considérable et une articulation inintelligible, quel que soit du reste le peu d'importance de la division palatine. Mais il y a plus, les fosses nasales elles-mêmes ont souvent des dimensions inusitées ou des malformations que l'examen rhinoscopique fera seul apercevoir.

En un mot, le miroir servira à examiner le pharynx aussi bien dans sa partie inférieure que dans ses dépendances supérieures et nasales.

Enfin, M. Lannois, de Lyon, a montré ⁽¹⁾ qu'on observe fréquemment des troubles de l'audition et des lésions de l'oreille moyenne qui vont depuis l'obstruction simple de la trompe d'Eustache jusqu'à l'otite moyenne sclérosante ou à l'otorrhée chronique, avec toutes leurs conséquences. Dans un certain nombre de cas, la raison en est dans des anomalies congénitales de la caisse, des osselets ou de la trompe d'Eustache. Le plus souvent, la cause est dans l'inflammation chronique des fosses nasales et du naso-pharynx, laquelle se propage à la trompe et à l'oreille moyenne.

Donc ce n'est que lorsque le chirurgien et le médecin orthophoniste auront conjointement examiné, avec soin, le malade au triple point de vue des conditions anatomiques des oreilles,

(1) *Rev. hebdomadaire de Laryngologie*, 1901, t. II, p. 477.

du nez et du pharynx, des possibilités chirurgicales et des possibilités éducatives verbales que le pronostic pourra être établi en connaissance de cause. Or, c'est ce pronostic qui importe uniquement au malade, c'est ce pronostic qui le décidera à se faire opérer ou au contraire à rester dans le *statu quo*.

Si l'examen de l'oreille montre qu'elle est saine, si l'examen pharyngien et nasal montre que la malformation n'a porté que sur le palais, il est permis d'espérer qu'après le double traitement chirurgical et orthophonique le malade parlera très bien. Mais si l'oto-rhinoscopie a montré des troubles divers, j'estime qu'il faut en tenir le plus grand compte et se montrer très réservé.

En somme, les malades viennent à nous dans l'espoir, non dissimulé, d'arriver un jour à parler *comme tout le monde*. Je crois que, le plus souvent, nous ne pouvons pas le leur promettre et que nous devons même aller au-devant de leurs illusions.

Dans une très intéressante communication faite par Trélat, en 1884, à l'Académie de médecine ⁽¹⁾, nous lisons ce qui suit : « J'opérais à la Charité, il y a huit ou neuf ans, un jeune berger cévénol et protestant âgé de quinze ans. Quoique son langage fût très mauvais, il était intelligent et résolu. *Le pauvre enfant s'était imaginé que j'allais lui rendre une parole absolument normale.* Je lui fis une série d'opérations plastiques fort bien conduites et suivies d'un résultat irréprochable. Mais, la première fois que je lui permis de parler, ses traits prirent l'expression de la stupeur. La parole gardait son caractère fortement nasonné et ses déficiences d'articulation. Le soir même, l'enfant quittait l'hôpital et, contre les projets dont on nous avait fait part, retournait dans ses montagnes pour y reprendre sa solitude et son silence de berger. C'est seulement au bout de quatre ou cinq ans qu'il commença à essayer de parler. »

Roux parle également, dans ses *Lettres sur la staphylorrhaphie*, d'un jeune homme qui resta volontairement muet pendant trois ans, après avoir subi cette opération.

(1) Séance du 23 décembre 1884, p. 1778.

On voit jusqu'où peut aller le découragement, et il serait facile d'allonger la liste de ces désillusionnés de l'opération, faute de les avoir prévenus à l'avance de ce qu'on pouvait obtenir.

Pour toutes ces raisons, j'estime donc que nous avons non seulement le devoir mais encore le plus grand intérêt à dissiper ces illusions, et que nous devons dire la triste vérité tout entière au malade, sous peine de nous exposer à des récriminations ultérieures d'autant plus amères, qu'il y a toujours quelqu'un pour les raviver.

Pour ma part, voici quelle est la règle de conduite que je me suis imposée, et je ne crains pas d'entrer ici dans des détails qui paraîtront peut-être puérils, mais dont l'expérience m'a montré l'absolue nécessité.

Suivant les cas, je recommande ou un appareil prothétique ou l'opération. Je fais remarquer au malade que c'est la première partie du traitement et que l'opération ou la prothèse n'ont pas pour but de restituer, *ipso facto*, une parole compréhensible, mais seulement de permettre une éducation orthophonique ultérieure, qui en est le complément indispensable.

Pour beaucoup de malades, c'est déjà une première désillusion que cette simple indication de la marche du traitement. Beaucoup, en effet, sont tentés de voir, dans l'autoplastie palatine, une opération analogue à une suture quelconque, qui, une fois la convalescence effectuée, permet la reprise de toutes les prérogatives de l'organe suturé. Ils croient, ainsi que je disais tout à l'heure, et suivant leur propre expression, que, le lendemain de l'opération, le malade parlera *comme tout le monde*. Il est donc très important de les détromper.

Quant au résultat de l'éducation orthophonique post-opératoire, j'insiste très longuement auprès du malade sur ce qu'il doit en attendre. Je lui dis très nettement : « Je me charge de vous apprendre à prononcer clairement et distinctement toutes les voyelles, toutes les consonnes ; je vous donnerai un langage aisément compréhensible, mais je n'espère pas faire disparaître entièrement le nasonnement ; il diminuera considérablement d'intensité, mais vous parlerez toujours du nez. En un mot, vous ne parlerez jamais *comme tout le monde*. »

Cette franchise de langage est un rude coup porté aux illusions du malade et de sa famille. Je dois dire cependant que, lorsque tout le monde est remis de cette émotion, non seulement on ne m'en a jamais su mauvais gré, mais encore plus d'un hésitant qui était venu me consulter, « par acquit de conscience, pour savoir ce que je dirais », et qui était parfaitement décidé à ne rien faire, est sorti de mon cabinet très résolu à suivre le double traitement : chirurgical ou prothétique d'abord, et orthophonique ensuite. Du moment qu'il savait exactement à quoi s'en tenir, et qu'il n'avait plus à redouter de désillusions ou les sarcasmes des parents ou des amis, son parti était vite pris.

Donc point de désillusions pour le malade, point de récriminations ultérieures pour le médecin, tel est le résultat de la conduite franche et loyale que nous devons tenir.

IV

L'HUILE DE VASELINE DANS LE PANSEMENT DE L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN (1)

Par **J.-N. ROY.**

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Canada).

Depuis quelques années, les pansements de l'évidement pétro-mastoïdien ont été faits d'après différentes méthodes. En 1902, Eeman, de Gand, dans sa première communication à la Société belge d'oto-rhino-laryngologie, préconisait l'acide borique dans ces pansements. L'année suivante, il revenait sur le même sujet, et rapportait une statistique de trente-huit malades traités par sa méthode.

En 1905, Mahu, de Paris, présentait un nouveau procédé à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, qui consiste à ne plus tamponner la plaie, mais seulement à la drainer avec une mèche de gaze appliquée sur le plancher du conduit.

Je n'ai pas l'intention de discuter ici l'opinion de Laurens qui veut que, dans certains cas, le pansement de l'évidement soit celui de la trépanation dans la mastoïdite simple. Ce serait sortir de mon sujet, puisque dans le présent travail, je me propose de vous parler seulement de l'épidermisation, et non du comblement de la plaie après l'opération.

Tous ces différents procédés ne sont que des modifications de la méthode classique allemande qui consiste à faire épidermiser la cavité au moyen de tamponnements à la gaze.

Dans le courant du mois de juin 1905, j'eus à faire une opération d'évidement, et, malgré tous les soins que je pris

(1) Communication faite à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Paris, mai 1907.

aux pansements, la guérison se faisait attendre. Après avoir employé, sans aucun succès, tous les procédés connus, il m'est alors venu à l'idée de changer entièrement de méthode, et de remplacer les pansements secs par des pansements à l'huile. Le malade, que je traitais depuis plus de six mois, fut guéri en dix jours. Plus tard, j'eus avec d'autres confrères l'occasion d'expérimenter de nouveau ces pansements à l'huile avec des résultats non moins heureux. En présence de ces faits, je me crois aujourd'hui en mesure d'exposer les règles suivantes de ce nouveau mode de pansement.

On fait l'évidement comme à l'ordinaire, mais l'opérateur choisira de préférence un procédé autoplastique qui lui permettra de suturer les lèvres de la plaie rétro-auriculaire, surtout s'il n'est pas en présence d'un cholestéatome. Pour compléter l'hémostase, le pansement post-opératoire doit être légèrement compressif, et fait à la gaze iodoformée. Celui-ci est enlevé vers le sixième jour, — suivant les indications, — et la plaie est soigneusement nettoyée à l'eau oxygénée et asséchée avec de l'ouate. De petites lanières de gaze simple, d'environ un centimètre et demi de largeur sur 6 centimètres de longueur, sont trempées dans de l'huile de vaseline ; un bout est introduit dans la caisse, soit par le conduit ou par l'ouverture rétro-auriculaire, et l'autre extrémité reste en dehors de la plaie. Toute la cavité doit être soigneusement tapissée par cette gaze, et les lanières doivent empiéter légèrement les unes sur les autres. Sur cette doublure, on applique de l'ouate suffisamment humectée de vaseline liquide pour être bien tassée. En faisant ce tamponnement qui doit être assez serré, il faut ne pas laisser d'espace mort ; aussi pour atteindre ce but, vaut-il mieux se servir de préférence de petites boulettes de coton. On doit apporter beaucoup de soin à l'ouverture du conduit, en le tamponnant assez fortement, d'une part pour empêcher son atrésie, et d'autre part pour maintenir l'accolement des lambeaux. Lorsque la cavité est bien remplie, on termine le pansement avec de l'ouate sèche et un bandeau. Inutile d'ajouter que l'huile de vaseline, la gaze, le coton doivent être stérilisés, et que le panseur doit se conformer à la plus rigoureuse aseptie. A la première période,

les pansements sont faits tous les jours ; lorsque la sécrétion de la plaie diminue et que l'épidermisation marche normalement, ils sont alors renouvelés tous les deux jours. L'ablation du pansement doit être faite lentement ; comme les lanières de gaze s'accrochent quelquefois à l'épiderme, il vaut mieux les enlever par des tractions faites de dehors en dedans, après les avoir humectées avec de l'huile ou de l'eau oxygénée. La plaie est ensuite nettoyée au peroxyde d'hydrogène, soigneusement asséchée, et avant de refaire un nouveau pansement, suivant le même procédé, il faut voir à ne pas laisser d'effiloches. S'il arrive d'être en présence d'une complication quelconque, on doit agir naturellement d'après les circonstances. Telle est la technique si facile de ces pansements à l'huile.

*
* *

En mars 1905, M. M..., 23 ans, vient me consulter à l'Hôtel-Dieu pour un écoulement de l'oreille gauche datant de deux mois. A l'examen, je constate une perforation de la membrane de Shrapnell, et un polype venant de l'attique. L'ablation en est faite séance tenante. L'oreille coule toujours et le polype se reforme encore après une nouvelle opération. En avril, je décide de tenter l'ossiculectomie, avec un bon curettage de l'attique. Le marteau et l'enclume sont enlevés, et les suites post-opératoires sont normales. L'oreille continue toujours à couler et le polype se reforme. Vers la fin du mois de mai, le malade commence à faire de la température à la suite d'une poussée de mastoïdite. Il y avait encore évidemment de la rétention. Le traitement ne donne aucun résultat, et les symptômes s'aggravent. En juin, je pratique l'évidement pétromastoïdien. L'antre, l'aditus et l'attique sont remplis de bourgeons, produits de l'ostéite. L'autoplastie est pratiquée d'après la méthode de Panse. Des pansements compressifs sont faits tous les jours à la gaze simple. Au bout de quatre mois, la cavité est épidermée à l'exception d'une aufractuosité du plancher de la caisse qui, pendant un autre mois, ne veut pas guérir. Je fais alors des pansements à l'acide borique. Malgré la petite quantité de poudre insufflée, il se fait de la rétention, et le malade empire. Je me contente ensuite de nettoyer la plaie et de laisser faire la nature. De petites croûtes se forment et la cavité suppure. En présence de l'insuccès que me donnent ces trois méthodes, assez

longtemps employées, j'imagine alors de faire des pansements à l'huile de vaseline, ce qui me permet de guérir définitivement mon malade en dix jours : guérison maintenue depuis lors.

Les deux observations suivantes sont dues à l'obligeance de mon excellent ami, le Dr Lassalle, à qui j'ai fait part de cette méthode, et qui a bien voulu l'essayer.

La sœur L..., 32 ans, souffre d'une otite moyenne aiguë suppurée double, de nature grippale, depuis janvier 1903. En mars, mastoïdite double qui guérit à gauche. Trépanation à droite en avril. Le terrain est mauvais, la malade étant scrofuleuse, et la plaie bourgeonne toujours. Tonique à l'intérieur. En avril, la cavité n'est pas encore comblée, l'ostéite continue, et l'on pratique l'évidement pétro-mastoïdien. Autoplastie d'après la méthode de Stacke. Pansements compressifs à la gaze simple. Cautérisations, curettages répétés, car la plaie bourgeonne et l'épidermisation marche très lentement. Malgré les pansements compressifs, la cavité a une tendance à se refermer ; les cellules péri-tubaires font de l'ostéite, et un curettage complet est pratiqué en décembre 1903. Reprise des mêmes pansements d'autrefois, que l'on alterne ensuite avec ceux des autres méthodes. Un an après l'évidement, il reste encore un tiers de la plaie à épidermiser. Des pansements à l'huile de vaseline sont alors essayés, et guérissent définitivement la malade.

M^{me} P..., 36 ans, a une otorrhée droite depuis son enfance. A la suite d'un coryza, elle fait une mastoïdite en décembre 1906, et un abcès sous-périosté. Evidement pétro-mastoïdien le 22 décembre. Pas de cholestéatome, mais destruction d'une grande partie des cellules péri-antrales, et du conduit osseux postérieur. Dure-mère et sinus latéral à nu par ostéite. Les osselets ont disparu par la suppuration. Autoplastie d'après le procédé de Stacke. Tamponnement à la gaze iodoformée. Premier pansement le sixième jour avec la vaseline liquide. Au commencement de janvier, la cavité s'épidermise. Le 31, l'épiderme a envahi les trois quarts de la plaie. Avec les pansements compressifs à l'huile de vaseline, la cavité ne s'est pas rétrécie. La malade n'a jamais eu de douleur, n'a jamais eu de bourgeons et n'a jamais suppuré. Le 14 février, la patiente était radicalement guérie ; c'est-à-dire après 54 jours de pansement.

Si nous jetons maintenant un rapide coup d'œil sur les avantages et les inconvénients de ces différents procédés, nous voyons que :

L'ancienne méthode allemande qui consiste à faire des pansements compressifs à la gaze est très douloureuse. De plus il est impossible de remplir partout la cavité opératoire, surtout la caisse. Comme ce pansement irrite les tissus, il se forme des bourgeons qui nécessitent des curettages et des cautérisations répétées. Ajoutons à cela plusieurs mois de traitement.

De l'aveu de Mahu lui-même, le procédé qui consiste à laisser faire la nature, en drainant seulement la cavité, ne serait applicable que lorsqu'il s'agit d'ostéite simple. Cette cavité opératoire n'étant pas tamponnée, les parois se rétrécissent naturellement, ce qui peut occasionner de sérieuses complications. De plus, il se forme des bourgeons qui retardent l'épidermisation.

Quant à la méthode d'Eeman, qui semble être la plus en faveur auprès des otologistes, nous pourrions lui faire le même reproche qu'à la précédente. En l'absence de tamponnement, la cavité opératoire a une tendance à se refermer, et une réciproque de cholestéatome pourrait même nécessiter un second évidement. L'acide borique, plus ou moins dissout par les sécrétions de la plaie, forme un magma irritant et la fait bourgeonner. Enfin, la douleur des pansements des trois premières semaines a été seule suffisante pour empêcher certains opérateurs de continuer à employer cette méthode.

Avec l'huile de vaseline, le panseur pourra à volonté, par un tamponnement plus ou moins fort, laisser rétrécir un peu la plaie, ou encore lui conserver la forme qu'elle avait après l'opération. Les granulations en contact avec ce corps gras aseptique sont parfaitement protégées contre toute contamination, et n'ont aucune tendance à s'organiser en bourgeons exubérants et à suppurer. L'épiderme qui se forme est solide, et marche rapidement sur un sommier ostéo-fibreux bien préparé. Aucune douleur n'est ressentie pendant tout le cours des pansements. La malade de ma dernière observation fut guérie en 54 jours ; aujourd'hui, il serait facile d'obtenir une guérison en beaucoup moins de temps, en suturant les lèvres de la

plaie rétro-auriculaire immédiatement après l'opération. Je ne discuterai pas la valeur des greffes de Thiersch ; cependant, les partisans de cette méthode, après assèchement et avivement de la plaie, trouveront, dans l'huile de vaseline, un des meilleurs procédés de pansement à la suite de cette petite opération.

De tous les corps huileux, j'ai cru devoir employer la vaseline liquide de préférence aux huiles végétales. Nous pouvons avoir le même résultat — l'ayant d'ailleurs expérimenté — avec différentes huiles, entre autres : l'huile d'olives, l'huile d'amandes douces. Cependant, nous savons que ces dernières sont souvent falsifiées, rancissent rapidement après une fermentation qui les transforme partiellement en acide oléique ou autres acides analogues, et peuvent même devenir très irritantes pour les tissus avec lesquels elles viennent en contact. De plus, la moindre faute d'asepsie peut en faire un excellent milieu de culture microbienne.

Quant à la vaseline liquide, elle n'a aucun de ces inconvénients. Cette huile minérale est neutre et ne s'altère ni à la lumière, ni à l'air ; par conséquent, ne rancit pas.

Très stable, elle peut même résister à l'action des produits chimiques les plus énergiques. En plus, elle ne peut pas s'infecter ; aussi est-elle indiquée de préférence à toutes autres pour ce genre de pansement.

Le petit nombre de malades traités jusqu'à ce jour, par ce nouveau procédé, ne me permet pas de tirer de conclusions. Le but de cette communication est plutôt de soumettre cette méthode à mes confrères, et de leur demander de vouloir bien l'essayer et de communiquer plus tard le résultat de leur expérience personnelle.

En terminant, je ferai remarquer qu'avec les pansements à l'huile de vaseline :

- 1° Il n'y a pas de douleur ;
 - 2° La plaie ne bourgeonne pas ;
 - 3° L'épidermisation marche rapidement ;
 - 4° La cavité garde, si l'on veut, la forme qu'elle avait après l'opération.
-

RECUEIL DE FAITS

I

KYSTE PARADENTAIRE A DÉVELOPPEMENT SINUSIEN TRAUMATISME ANTÉRIEUR

Par **CHARÉZIEUX**

OBSERVATION. — Dans le courant d'août 1904, je reçus dans une infirmerie régimentaire, où j'effectuais du service, la visite d'un soldat rengagé me demandant de lui extraire quelques racines douloureuses au niveau de l'arcade alvéolaire supérieure gauche. Il se plaignit en outre de la gêne provoquée par une tuméfaction occupant le vestibule au niveau des racines douloureuses et de douleurs vagues et sourdes dans toute la région malaire du même côté.

Répondant à mes questions, il me raconta que cette tuméfaction était apparue, pour la première fois, il y a quatre ans, à la suite d'un accident survenu dans les circonstances suivantes : occupé, comme garçon de ferme, à soigner ou à traire les vaches de son maître, il reçut d'une d'elles un violent coup de corne dans cette région de la face et, à partir de cette époque, il sentit une saillie sur la gencive qui augmenta progressivement et très lentement. Il y a environ six mois, il vint à la visite du médecin ; la tuméfaction fut incisée et disparut mais elle se reproduisit peu après et acquit avec plus de rapidité son volume actuel.

Je constatai alors une tuméfaction grosse comme une amande faisant saillie dans le vestibule au-dessus des racines de la deuxième bicuspide et de la première grosse molaire supérieure gauches. La tuméfaction n'est pas fluctuante, elle est plutôt rénitente, ne donne pas au toucher la sensation d'une collection purulente ; elle n'est

pas ou presque pas douloureuse à la pression. Malgré ces symptômes, ne pensant pas aussitôt à un kyste, je ponctionnai au thermo la tumeur et rien ne sortit.

Le lendemain la tuméfaction avait le même volume ; sa rénitence persistante me frappe et je pense à un kyste paradentaire. Je complète mon examen. Je constate que le système dentaire de cet homme d'environ 25 ans est en mauvais état : beaucoup de dents cariées, bouche mal tenue. La région malaire me paraît un peu plus volumineuse à gauche qu'à droite. Mais il n'y a pas de cacosmie, pas d'écoulement de pus par le nez lorsque le malade dort sur le côté opposé.

Sous cocaïne j'extrais la racine de la deuxième bicuspide et les racines de la grosse molaire. J'ouvre au thermo largement la paroi antérieure ; issue d'abord de pus, puis de liquide jaune foncé. En pressant sur la tuméfaction, à travers la joue, je la réduis de façon appréciable. Lavages de la poche, le liquide injecté ne ressort pas par la narine comme lorsqu'il s'agit d'un empyème maxillaire, ou d'une sinusite vraie ; tamponnement à la gaze ; gargarismes antiseptiques chauds et fréquents.

Le lendemain, en pressant sur la tuméfaction, à travers la joue, je fis sortir une grande quantité de pus, et cette quantité même me fit supposer qu'il ne pouvait provenir de la seule tuméfaction vestibulaire. Par l'alvéole de la deuxième bicuspide, j'introduisis un stylet qui pénétra à une profondeur verticale de 4 centimètres et demi environ et vint s'arrêter sur un plan osseux, le plafond de la cavité antrale. Je pratiquai des irrigations qui donnèrent issue à une grande quantité de pus et à quelques grumeaux blancs-jaunâtres.

L'opération qui s'imposait étant la cure radicale, j'envoyai le malade à l'hôpital de la garnison.

Ainsi pour retenir ce qu'offre de particulier cette observation, le kyste paradentaire est apparu et s'est développé après un violent traumatisme de la région malaire. Quel est le rôle de ce traumatisme ? A-t-il joué dans la genèse de l'affection un rôle important ? A-t-il été une simple coïncidence ? A-t-il été simplement effacé, secondaire quoique réel ?

Telles sont les questions qui viennent immédiatement à l'esprit, qui ne sont point indifférentes comme nous allons le voir et auxquelles nous allons répondre.

Que ces kystes soient périostiques suivant Magitot, ou les produits de l'activité des débris épithéliaux paradentaires, comme l'a démontré Malassez, ils sont toujours implantés à l'extrémité d'une dent, et d'une dent infectée. L'infection, transportée par le canal radiculaire jusqu'à l'apex, est donc un facteur étiologique capital. Cette infection peut être consécutive à une carie ancienne et progressive ; elle peut être aussi consécutive à l'infection profonde de la dent par suite de fracture de sa couronne. Dans le premier cas, le traumatisme n'aura fait qu'apporter un coup de fouet à l'évolution du processus morbide ; son rôle, quoique réel, sera par conséquent secondaire et effacé. Dans le deuxième cas, le traumatisme aura, d'une part, ouvert la porte à l'infection, d'autre part, favorisé, par les stases sanguines, la prolifération des débris épithéliaux. On conçoit toute l'importance du traumatisme dans cette dernière alternative, s'il fallait, par exemple, déterminer la responsabilité chez un accidenté du travail. Pour apprécier exactement ce rôle du traumatisme, il faudrait de toute nécessité, — cela ressort de cette observation, — que le blessé fût examiné aussitôt après l'accident par un spécialiste qui noterait l'état du système dentaire, établirait le départ entre les lésions anciennes et celles plus récentes pouvant être imputées au traumatisme.

Donc, et pour conclure, nous dirons : cette étiologie d'un kyste paradentaire à développement sinusien qui exige par lui-même une opération assez sérieuse et créant une assez longue incapacité de travail, n'est pas seulement curieuse et rare ; elle montre aussi qu'il serait utile et désirable, dans les traumatismes avoisinant les arcades dentaires, qu'un examen immédiat fût pratiqué par un spécialiste compétent pour la meilleure et réciproque garantie des employeurs et des employés. Ce serait aux premiers confrères consultés à y penser. C'est pour eux que nous avons écrit et commenté cette observation.

II

MELANOSE PALATINE PRIMITIVE ANCIENNE FISTULE NASO-BUCCALE RÉCENTE D'ORIGINE SARCOMATEUSE (1)

Par **J.-N. Roy.**

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Canada).

Il est des bizarreries de la nature que jusqu'ici l'observateur le plus profond n'a encore pu expliquer. En médecine, nous pourrions en citer de nombreux exemples : la mélanose primitive du palais, entre autres, mérite bien, il nous semble, d'être de ce nombre. L'histologiste, en effet, pourra bien nous dire ce que c'est que la mélanose, mais plus grand sera son embarras de nous démontrer pourquoi cette mélanose s'est localisée primitivement à la voûte palatine. Normalement chez l'homme, la muqueuse du palais est d'une coloration blanc rosé ; et, toutes les fois qu'elle est envahie par du pigment, elle devient symptomatique d'une lésion pathologique.

Un rapide coup d'œil d'ensemble sur l'anatomie comparée permet de constater que, d'une manière générale, le palais des animaux est physiologiquement blanchâtre et présente une muqueuse dont les ondulations forment un plus ou moins grand nombre de sillons transversaux. Cependant, le cheval, la vache, le chien, le chevreuil, le renard peuvent avoir un palais noir, sans qu'il soit pour cela pathologique. Le maki, au contraire, a toujours de la pigmentation.

Tous ces caprices de la nature doivent bien intriguer le biologiste et, en même temps, le laisser perplexe quant à l'expli-

(1) Communication faite à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Paris, mai 1907.

cation physiologique d'un palais blanc et d'un palais noir chez une même race d'animaux.

Si la physiologie animale est si capricieuse, il n'en est pas de même de la physiologie humaine. Chez l'homme, la mélanose palatine a toujours une signification grave : ou bien elle est un symptôme précurseur d'une maladie future, ou bien elle complique en l'envahissant une tumeur déjà existante, ou bien encore elle débute avec le néoplasme.

La littérature médicale est très pauvre en observation sur ce sujet, aussi avons-nous cru intéressant de rapporter la nôtre, en attirant spécialement l'attention sur le début de l'affection qui remonte à vingt ans, et sur la fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse.

En septembre 1906, M. J. D..., forgeron, âgé de 43 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu pour nous consulter au sujet de sa bouche. Il raconte qu'en 1886, il remarqua, sur le raphé de sa voûte palatine, une petite tache ronde, de couleur noirâtre, d'environ 3 millimètres de diamètre. Cette tache était à niveau avec les parties environnantes et ne le gênait en rien. Un an auparavant, il s'était blessé vers le milieu du palais, avec le tuyau d'une pipe en terre cuite. L'hémorrhagie fut légère et la plaie guérit rapidement sans laisser de traces apparentes. Dans l'espace des douze années qui suivirent le début de cette pigmentation, la tache doubla son diamètre — à peu près 6 millimètres — sans cependant proéminer dans la bouche. Pour tout symptôme, il n'accuse qu'un peu de rudesse de cette partie appréciable à la langue. Un médecin consulté alors lui prescrivit des gargarismes et des applications répétées de teinture d'iode. Pendant les douze premières années, cette mélanose resta absolument insensible ; mais après les badigeonnages iodés, la douleur apparut. La pigmentation s'étendit graduellement dans les parties avoisinantes, et la muqueuse devint granuleuse et irrégulière. Des bourgeons noirs et durs commencèrent à se former, sans tendance à l'hémorrhagie. Au bout de quatre ans, tout l'espace compris entre l'arcade dentaire du maxillaire supérieur fut envahi par la mélanose et les granulations. Un léger malaise et un peu de démangeaison succédèrent à la douleur causée par les

applications de teinture d'iode, qui, pour cette raison, furent suspendues. Le malade n'avait qu'à passer sa langue sur cette partie pour faire disparaître pendant quelque temps ces symptômes. Les quatre dernières années virent cette affection augmenter seulement en profondeur jusqu'à ce moment, tout le palais était déjà en état de mélanose. Il se fit alors une dépression lente, plus sensible à gauche qu'à droite. L'historique ne nous permet pas de retracer, à l'heure actuelle, une tuméfaction néoplasique antérieure à cette dépression. Le palais était devenu plus rugueux, et de petits sillons séparaient les bourgeons qui semblaient grossir. Aux premiers jours de septembre dernier, le malade, en voulant faire une succion, s'aperçut qu'il avait une fistule naso-buccale du côté gauche, qui depuis ce temps a toujours été en augmentant. Aucune hémorrhagie, aucune suppuration à noter.

A l'examen de la bouche, nous constatons une mélanose qui a envahi tout le palais dur. Des bourgeons de différentes grosseurs sont disséminés un peu partout, les uns brunâtres, les autres noirâtres. Ils sont durs, et n'ont aucune tendance à saigner. Le côté gauche est fortement déprimé, et le stylet pénètre dans la narine correspondante, à l'union du tiers postérieur et du tiers moyen. La douleur n'est ressentie qu'au contact de mets irritants, ou lorsque l'air froid passe par cette perforation. On constate un léger suintement et un peu d'odeur de nécrose. Un bourgeon situé dans l'orifice de la fistule empêche les liquides de pénétrer dans la narine gauche.

La voix est nasonnée.

Il y a diminution du goût et des réflexes pharyngiens, sans phénomènes de dysphagie.

Les joues et les gencives ne présentent pas de pigmentation.

Le patient a toujours été un gros fumeur; il a mâché du tabac, et n'a jamais eu soin de ses dents; aussi sont-elles noires. Celles du maxillaire supérieur sont saines, à l'exception de la première grosse molaire gauche, qui est cariée au troisième degré; la troisième grosse molaire droite est extraite. Ablation de la deuxième grosse molaire gauche du maxillaire inférieur. Les autres sont dans un état absolument normal.

A la rhinoscopie antérieure, nous constatons du côté gauche, une rhinite hypertrophique. La cloison est œdématisée, dépressible au stylet, et un léger éperon cartilagineux empêche de

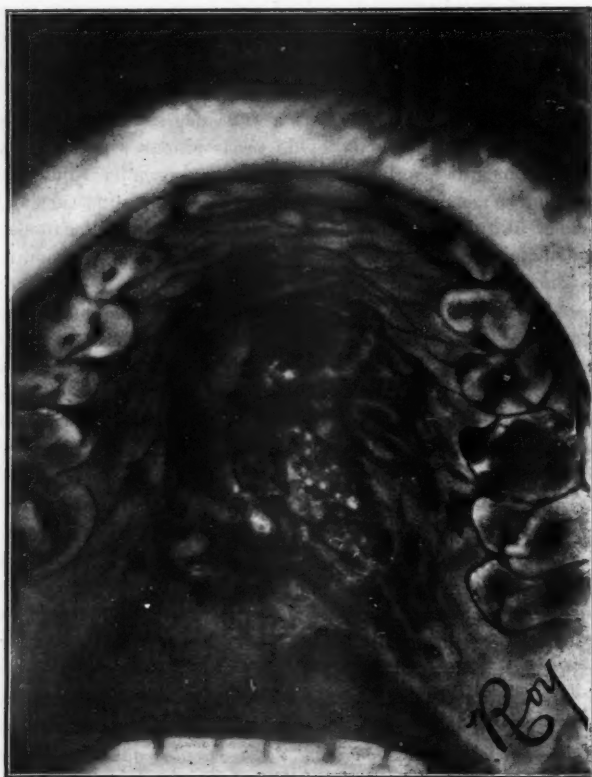


FIG. 4

voir la perforation. Le septum à droite est également infiltré, et le cornet inférieur est hypertrophié.

Le malade n'a jamais eu d'épistaxis, ni de suppuration nasale.

La rhinoscopie postérieure nous laisse voir de grosses queues des cornets inférieurs et moyens des deux côtés. La terminaison de la cloison a triplé son épaisseur; une infiltration blanchâtre semble venir de la partie médiane et augmenter progressivement vers les choanes.

Le pharynx est un peu hyperémié, et le larynx est normal.

A la diaphanoscopie, nous trouvons le sinus droit transparent et la pupille lumineuse. A gauche, la joue est très opaque et l'œil obscur. Nous nous servons de la méthode de Mahu pour nous renseigner sur la capacité de ce dernier sinus. Il contient environ 2 centimètres cubes, et l'eau qui s'écoule par la narine correspondante après un lavage préparatoire est bien claire.

Quelques ganglions du cou sont légèrement augmentés de volume, surtout à gauche.

Un examen très attentif des yeux nous permet de constater un état absolument normal des différentes parties profondes et superficielles.

L'iris a une teinte gris clair, sans tache pigmentaire.

La réfraction nous donne :

O. D. $90^{\circ} + 0, 25$ V. 1.

O. G. $90^{\circ} + 0, 25$ V. 1.

Notre patient habite la campagne depuis son enfance et a toujours eu une excellente santé. Pour toute maladie, il fit une pneumonie en 1888 et une cystite légère en 1894.

Dans ses antécédents personnels, nous ne trouvons aucune histoire de tuberculose et de syphilis.

Le malade a fait usage d'alcool sans en abuser.

Marié depuis 11 ans, il est père de sept enfants. Les deux premiers sont morts en bas âge dans les convulsions, et les autres sont en bonne santé.

Tous ses ancêtres ont vécu très vieux, et il est impossible de relever aucune diathèse cancéreuse.

Ses frères et sœurs jouissent d'une excellente santé.

A l'inspection, la peau ne présente aucune tache pigmentaire, sauf une teinte urobilimurique.

L'exploration des organes ne révèle rien d'anormal.

L'examen des urines donne une densité de 1022. On y trouve ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires, mais une petite quantité d'urobiline.

L'examen du sang n'offre rien de particulièrement intéressant. Il n'existe aucune forme anormale des éléments qui le composent, et le nombre des globules rouges et blancs varie très peu de l'état physiologique. La présence du pigment dans le sang frais et les préparations desséchées, recherchée très attentivement, a été négative.

A ce premier examen, l'étiologie de la perforation palatine restait obscure. Bien qu'il nous fût impossible de retracer la syphilis chez le malade, nous lui prescrivons quand même de fortes doses de mercure et d'iodure de potassium, en attendant le rapport histologique d'un bourgeon enlevé à cet effet. Une pommade nasale borico-mentholée et un gargarisme au chlorate de potasse complètent ce traitement médical. Comme hygiène, nous lui défendons tout ce qui est de nature à irriter sa bouche, et nous lui conseillons une grande propreté des dents.

Dans le cas présent, nous n'avons pas jugé à propos de rechercher le spirochète de Schaudinn — à forme spiralée — puisqu'il est généralement admis que ce bacille se rencontre seulement au niveau de lésions primaires et secondaires. Quant au bacille à forme rectiligne, sa présence est encore vivement discutée dans les lésions tertiaires.

Mes bons amis, les docteurs Saint-Jacques, professeur agrégé à l'Université Laval, et Hingston, qui ont bien voulu se charger de la pièce anatomique, ont eu l'amabilité de nous transmettre, quelque temps après, le rapport suivant.

A l'examen microscopique du spécimen fourni, pouvant mesurer 5 millimètres de diamètre, on constate que le revêtement épithélial existe encore, mais variant d'épaisseur à certains endroits.

Les cellules des couches supérieures sont pavimenteuses, en rangs très serrés, se rapprochant de l'état kératinique. Il a

été impossible de trouver des pigments mélaniques dans cette zone ; à peine peut-on voir sur le revêtement épithélial quelques amas de globules rouges.

Les cellules des couches profondes sont polyédriques. L'assise de ces cellules profondes est dans sa généralité nettement limitée ; cependant, elle offre à certains endroits une irrégularité marquée qui montre que l'envahissement tend à se faire par les cellules des tissus sous-jacents.

La couche sous-muqueuse est formée de cellules à contours irréguliers et variables. Tantôt serrées les unes contre les autres, tantôt éloignées, ces cellules sont rondes ou oblongues, et quelquefois étoilées. La mitose est très peu active. Les noyaux sont variables comme forme et grosseur ; néanmoins, les gros sont en nombre plus considérable.

Les espaces intercellulaires sont remplis par endroit par une substance granuleuse, et l'on trouve à côté de ces granulations des globules rouges en amas çà et là disséminés. En un point des préparations, on rencontre des glandes muqueuses un peu altérées de forme, mais sans aucun signe de malignité.

Il est à remarquer dans ces coupes le petit nombre de vaisseaux, et la plupart présentant bien cette apparence de tunnels vasculaires sans parois propres, si fréquents en tissus sarcomateux.

Dans cette masse de cellules disposées sans ordre aucun, on constate des granulations mélaniques, irrégulièrement disséminées, tantôt confluentes, tantôt isolées, mais situées surtout à l'intérieur des cellules.

Diagnostic : sarcome mélanique, se rapprochant par endroit de l'endothéliome.

Revu au commencement de novembre, le malade se dit être absolument dans le même état. Sa lésion buccale a cependant augmenté en profondeur, surtout dans la direction des incisives. La voûte palatine est en voie de dénudation, et, à certains endroits, nous y voyons des îlots d'os mortifié. Il existe seulement un peu de sensibilité à gauche. Le patient est très anxieux de savoir le résultat de l'examen microscopique, et, croyant sa maladie dangereuse, il nous prévient à l'avance qu'il ne consentira à aucune opération. Nous lui donnons alors

les explications nécessaires, sans lui cacher la gravité de son cas. L'intervention chirurgicale est longuement discutée au point de vue de la mutilation, des nombreuses complications et de la récidence plus que probable. Le malade s'étant de nouveau refusé à l'opération, nous lui répétons nos conseils hygiéniques. Nous lui prescrivons un gargarisme à la résorcine et la liqueur de Fowler après ses repas.

Il retourne à la campagne où il habite toujours, et revient nous voir en février et avril. Il n'accuse pas encore de douleur, mais son affection augmente rapidement. La voûte palatine continue à se dénuder, de petits séquestres se détachent et la fistule s'agrandit. Ce sarcome à marche atypique, si longtemps indolent, semble reprendre le temps perdu, et nous fait présager une terminaison fatale dans un avenir prochain.

Cette observation nous paraît particulièrement intéressante à plusieurs points de vue. Devons-nous d'abord faire remonter à vingt-un ans le début de la pigmentation, comme conséquence du traumatisme reçu à cette époque ? Nous savons que toute région cutanée, fortement ou chroniquement irritée, peut se pigmenter, que l'irritation soit de nature physique, mécanique ou pathologique. Ce fait pourrait-il s'appliquer à notre cas ? Il serait difficile de l'admettre, puisque les tissus du palais chez l'homme n'ont pas la propriété de produire de pigment mélanique.

Devons-nous faire intervenir une théorie parasitaire, ou encore attribuer à la mélanine du sang l'origine de la mélanose ? Les hypothèses que nous pourrions faire seraient des plus problématiques, car, nous devons l'admettre, les connaissances étiologiques que nous avons tous sur ce sujet sont encore des plus vagues.

Cette néoplasie n'a sûrement pas débuté avec la mélanose, puisqu'il est généralement admis que le sarcome mélanique a une marche rapide. Par l'histoire clinique, nous voyons que la pigmentation remonte à vingt ans, que l'évolution s'est faite très lentement avec des symptômes presque nuls. Douze ans après son début, cette tache pigmentaire n'avait que 6 millimètres de diamètre et était à niveau avec la muqueuse palatine. Sous l'effet irritant de la teinture d'iode — ou simple

coïncidence — la lésion augmente en étendue et en profondeur. La fistule naso-buccale apparaît en septembre dernier et depuis lors progresse rapidement. D'après cet exposé et l'examen anatomique, nous croyons que cette mélanose primitive était de nature bénigne. Dans ces dernières années, un néoplasme serait venu se mettre de la partie, tout en s'infiltrant de pigment, et dès lors aurait donné à l'affection une marche envahissante, destructive et franchement maligne.

D'après Delbet, toute tumeur mélanique, qui naît ailleurs qu'à l'œil et à la peau, est un sarcome. Bien intéressant aurait été alors l'examen microscopique d'un bourgeon enlevé il y a un an ou deux. A ce moment-là, peut-être aurions-nous constaté une tumeur endothéliale. Les anatomo-pathologistes ne sont pas encore d'accord sur la transformation histologique de l'endothéliome et du sarcome. Monod et Arthaud ont avancé que le sarcome est une forme aggravée de l'endothéliome. Aujourd'hui, notre tumeur est franchement sarcomateuse, bien qu'à certains endroits, nous trouvions des cellules qui se rapprochent de l'endothéliome.

Quel doit être le pronostic? Nous savons que, dans le sarcome, la variété mélanique est une des plus graves. De plus, lorsque le néoplasme envahit la voûte palatine et la perfore, l'évolution se fait rapidement et il entraîne invariablement la mort du sujet.

Si nous avions tenté l'opération, nous aurions eu très probablement une récurrence, vu la dissémination de la maladie vers le nez et le sinus maxillaire gauche. Nous aurions eu encore tous les dangers connus des complications post-opératoires, et les ravages considérables faits à la figure.

En terminant, nous ferons remarquer combien notre cas est étrange, par sa mélanose primitive du palais, sans lésions concomitantes de l'œil et de la peau, par la lenteur de sa marche — de vingt années — et par sa récente complication sarcomateuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 24 octobre 1906.

Président : GRÖNBECH.

Secrétaire : SOPH. BEUTZEN.

SCHMIEGELOW. — **Rhinolite de dimensions anormales** (3 centimètres, 2 centimètres un quart, poids 5 grammes et demi). L'extraction a nécessité la narcose.

SCHMIEGELOW. — **Autoscopie du larynx, chez une enfant de 10 ans.** — Schmiegelow a pu diagnostiquer et enlever des papillomes du larynx, à l'aide du tube-spatule de Killian.

TOTENS HALD. — **Augmentation du poids spécifique du pus dans l'otite moyenne aiguë, comme indication pour l'ouverture de l'apophyse.** Hald montre les erreurs dont est entachée cette méthode indiquée par A. Forselles. Il n'est pas à présumer que cette méthode fournira une indication pour l'ouverture de l'apophyse.

Discussion.

Schmiegelow a toujours suspecté cette méthode. Il a vu un cas où le poids spécifique du pus n'a jamais dépassé 1030. A l'opération, on a trouvé l'apophyse complètement détruite, remplie de pus et de granulations.

Bleznad fait quelques remarques de physique sur le même sujet.

Grönbech n'a pas essayé la méthode, parce qu'on ne peut avoir que pendant l'opération suffisamment de pus pour en déterminer le poids spécifique.

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après le *Bulletin officiel*, publié par Jörgen Müller.

Séance du 28 novembre 1906.

Président : GRÖNBECH.

Secrétaire : SOPH. BEUTZEN.

BUHL. — Cas de lupus primaire de la muqueuse du pharynx. — Femme de 47 ans consulte pour une dureté d'oreille. N'a jamais eu de symptômes du côté du pharynx. Du côté droit du voile du palais, une ulcération d'environ 2 centimètres, d'apparence granulueuse. Aux alentours, des nodules isolés. La peau du visage et la fosse nasale ne sont pas atteintes.

MAHLER (en l'absence du prof. Schmiegelow). — Cancer pharyngé et péri-laryngé. Extirpation totale du larynx et partielle du pharynx. — Jeune fille de 23 ans a, depuis un an et demi, des douleurs à la déglutition. La voix est un peu enrouée. Pas de toux, pas d'amaigrissement. Examen laryngoscopique. Le sinus pyriforme gauche est rempli d'une tumeur gris sale ; le cartilage aryténoïde gauche, œdématié. Les mouvements de la corde gauche sont limités. Le 2 août on fait la pharyngotomie sushyoïdienne. Après l'extirpation du larynx, on peut facilement extirper la tumeur dans le tissu sain. Examen microscopique : Carcinome pavimenteux typique. Le 28 septembre on ferme la fistule, par plastique. Le 31 octobre on enlève la sonde œsophagienne. Le canal dans le pharynx doit encore être élargi par la bougie. Le 22 novembre, après avoir suspendu trois jours le bougirage, la reprise en fut difficile. La malade eut des frissons l'après-midi. Température 40°.3. Douleurs derrière le sternum. Il se développa une médiastinite aiguë, avec perforation dans le poumon. Le 26 novembre, mort. Il n'y a pas eu de récurrence, mais une sténose de l'œsophage.

Kiaer demande quelle est la cause de la mort, et fait observer qu'il a pu s'agir d'un abcès péri-œsophagien qui a causé une médiastinite par sa rupture.

Mahler regrette que l'on n'ait pas pu assez connaître la cause de la mort. L'autopsie du cou seule ayant été autorisée.

GOTTLIEB KIAER. — Cancer primaire de l'épipharynx. — Un ouvrier de 64 ans, sourd depuis longtemps, a eu dernièrement des

douleurs lancinantes. Dans le cavum, on voyait une ulcération légèrement élevée, sale, à bords rugueux. L'examen microscopique d'une partie donna : dans les interstices des cellules polygonales, l'épithélium forme par endroits des bourgeons allant dans la profondeur.

Par les rayons X, l'ulcération a été un peu nettoyée.

GOTTLIEB KIAER. — **Diaphragme congénital du larynx.** — Une femme de 26 ans a toujours été enrouée, la voix est terne et n'est pas renforcée par un parler énergique. En montant rapidement les escaliers, la malade a la respiration courte. Entre les cordes vocales, on voit une membrane mince, gris blanc, qui prend les trois quarts antérieurs de la glotte et se termine en arrière par un bord concave. Pendant la phonation, la membrane disparaît parce que les cordes se rapprochent l'une de l'autre. A l'aide du galvano-cautère, on perfore le diaphragme dans la ligne sagittale, ce qui réussit avec quelque difficulté. La malade se représente au bout d'un an, avec récurrence.

Il s'est reformé une membrane dans le tiers antérieur de la glotte. La voix est toujours enrouée. Il s'agit probablement d'un diaphragme congénital.

GOTTLIEB KIAER. — **Rhinoplastie.**

Séance du 17 décembre 1906.

Président : GRÖNBECH.

Secrétaire : SOPH. BEUTZEN.

SCHMIEGELOW. — **Nécrose de la moitié droite du cartilage thyroïde.** — Un homme de 31 ans, toujours bien portant, est devenu enroué en août 1905 ; quelque temps après, voyageant en tramway, il éprouva une forte difficulté de respirer. Le 8 octobre, à l'hôpital de Gotthenburg, on dut exécuter la trachéotomie. Le 6 décembre, il entre en traitement chez Schmiegelow. Le larynx est complètement obstrué par un gros gonflement du côté droit. Le côté gauche est normal.

Un traitement antisypilitique, continué pendant trois mois, a été sans succès. En mars, trachéotomie inférieure, laryngo-fissure et extirpation d'une masse de gros et petits séquestres osseux et cartilagineux qui provenaient des cartilages aryénoïde et cricoïde.

Formation continuelle d'une fistule, puis tuméfaction et rougeur du cou. On excisa tout le côté droit du cartilage aryénoïde et la guérison a été obtenue. A l'automne, le malade, avec un larynx libre et une voix claire, put retourner chez lui. Examen microscopique montre : tumeur inflammatoire. Une pareille nécrose chez un homme autrement bien portant doit se rencontrer très rarement.

SCHMIEGELOW. — **Suppuration aiguë de l'oreille moyenne gauche. Trombose du sinus. Opération. Ligature de la veine jugulaire. Mort.** — Un enfant de 15 mois, ayant eu, il y a neuf mois, une suppuration passagère de l'oreille, est malade depuis huit jours. Vomissements, refus de nourriture, suppuration fétide, tumeur fluctuante sur l'apophyse mastoïde gauche. On trouve, pendant l'opération, un abcès sous-périostal; l'os, en pleine suppuration, ramolli. Abcès péri-sinusal, paroi du sinus ulcérée. Le sinus est rempli d'une masse trombosée pyriforme. La veine jugulaire est sectionnée entre deux ligatures, le sinus est nettoyé jusqu'au torcular. Le même soir, l'enfant meurt. Examen bactériologique du thrombus : stérile.

Séance du 23 janvier 1907.

Président : BRENSER.

Secrétaire : TETENS HALD.

SCHMIEGELOW présente : a) Un homme de 68 ans avec un **papillome géant du nez**. La narine et le sinus maxillaire remplis d'une masse rouge pâle. Il a fallu, après circoncision du nez et fissure de la lèvre supérieure, enlever toute la paroi antérieure du sinus avec l'apophyse nasale. La masse pesait 78 grammes. Au microscope papillome recouvert d'épithélium cylindrique.

b) Un homme de 45 ans, avec un abcès du cerveau du côté droit. — Le malade était atteint depuis quinze ans d'une otite moyenne suppurante. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il présente des phénomènes cérébraux. On l'opère d'urgence et on trouve un abcès épi-dural avec pus fétide dans la fosse cérébrale moyenne. Fistule de la dure-mère, et, dans le cerveau, un abcès avec pus fétide large de 4 centimètres. Guérison.

HOLGER MYGING. — Indications pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans la suppuration aiguë de l'oreille moyenne (sera analysé).

Discussion.

SCHMIEGELOW a eu une mortalité plus petite dans ces cas qui presque tous provenaient de la clientèle particulière. Sur cent cinquante suppurations aiguës, soignées pendant les cinq dernières années, il a eu 4 cas de mort. Quand il y a des symptômes cérébraux, il faut tout de suite faire la trépanation. Chez les enfants seulement on peut parfois s'en passer. Le médecin à la campagne a le droit de se contenter de l'incision de Wilde où l'hémorrhagie est certainement d'un bon effet. Sur 150 cas, Schmiegelow a exécuté quatre-vingt fois l'ouverture de la mastoïde. Sur 18 cas de ces mastoïdites opérées, il n'y a pas eu d'otorrhée ; il existait seulement une fonte des cellules mastoïdiennes. Dans 13 cas, la suppuration avait gagné la cavité crânienne et sur ces cas, sept fois le tympan était intact. De tous les cas opérés, huit fois seulement, l'apophyse mastoïde paraissait normale à l'examen externe.

BEUTZEN dit que l'opération est indiquée par l'infiltration diffuse de la mastoïdite.

La mastoïdite qui se montre du septième au dixième jour ne constitue pas toujours une indication. Il a vu au moins 4 cas, avec gonflement diffus de la mastoïde, destinés pour l'opération et chez lesquels l'infiltration a disparu par aspiration du pus par le conduit externe.

MYGIND. — L'incision de Wilde fait partie d'un traitement d'expectation. Il n'est pas sûr si dans les complications endo-crâniennes, il faut faire la trépanation simple ou totale.

Dans la méningite, on peut se contenter de la trépanation simple, tandis que dans l'abcès du cerveau il faut faire la trépanation totale.

Séance du 27 février 1907.

Président : BRANER.

Secrétaire : TETENS HALD.

SCHMIEGELOW. — **Corps étranger du poumon droit. Bronchoscopie.** — Une enfant de 4 ans a aspiré un grain de maïs depuis cinq jours. Sous chloroforme, on exécute la bronchoscopie supérieure. A cause de la tuméfaction énorme de la muqueuse, on a, pendant les essais d'extraction qui ont duré 1 heure un quart, plusieurs fois touché les muqueuses avec une solution de cocaïne-adréraline à 10 %. On a employé en tout 60 centigrammes dont probablement la plus grande partie est restée dans les tampons. Le grain a dû être morcelé et a été extrait par morceaux. La respiration est devenue plus facile, mais l'enfant est morte d'une intoxication de cocaïne au bout de sept heures.

TETENS HALD a fait des expériences sur le gonflement des grains de maïs et des petits pois. — Le grain de maïs offre pour l'extraction des chances meilleures.

MAHLER. — **Trachéobronchoscopie dans la syphilis des voies respiratoires inférieures.** — Chez une femme de 40 ans avec des troubles de la respiration et des signes de fonctionnement défectueux du poumon gauche, on trouve, à l'aide du bronchoscope, une tuméfaction luisante, rouge, non ulcérée, située directement à la racine de la bronche gauche. Après un traitement antisypilitique de trois semaines, les troubles respiratoires ont considérablement diminué. A la place de la tuméfaction se trouve un diaphragme cicatriciel blanc. Il s'est probablement agi d'une infiltration gommeuse.

Discussion.

TETENS HALD est d'avis qu'il s'agit d'une gomme, mais demande si on a recherché les spirochètes et si on a fait un examen histologique. Les infiltrations tuberculeuses peuvent également disparaître après l'emploi de l'iode de potassium.

SCHMIEGELOW hésiterait à faire dans un cas semblable une biopsie.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE ⁽¹⁾

Séance du 14 décembre 1906.

Président : FRANKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

FINDER. — Combinaison de paralysie du récurrent et du voile du palais. — Homme de 32 ans se plaint depuis trois mois de raucité de la voix. Cartilage aryénoïde droit, glissé un peu en avant, corde droite fixée entre ligne médiane et position cadavérique.

Bord libre, légèrement excavé. La corde gauche dépasse la ligne médiane pendant la phonation, sans atteindre la corde droite. Sensibilité du larynx, intacte.

La cause était un tabès datant de un an. Une autre constatation est celle d'une paralysie du voile, du même côté.

Si le malade respire tranquillement, la bouche ouverte et la langue abaissée, on voit que la lèvre est déviée à gauche.

L'arc palatin droit postérieur a la forme d'un cercle et est plus large que celui du côté gauche. Quand le malade dit *a*, on ne voit pas du côté droit le pli caractéristique du voile. Quand le malade fait des mouvements de déglutition ou de vomituration, l'arc palatin droit postérieur ne se rapproche pas de la ligne médiane.

La sensibilité du pharynx est normale.

Sont paralysés tous les muscles du voile, qui sont innervés par le pneumo-gastrique droit.

Cette combinaison de paralysie du voile et du récurrent du même côté n'est pas rare. Sa cause est généralement périphérique. Dans le tabès, elle doit être rare.

Discussion.

GRABOWER. — Ce cas paraît être extraordinairement rare. Il est à supposer que, dans ce cas, il existe une dégénérescence très étendue dans les racines motrices du pneumo-gastrique.

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après *Berlin.-Klinisch. Wochensh.*, n° 14, 1907.

SCHOETZ. — **Paralysie des muscles internes.** — Un étudiant vient consulter pour la raucité de la voix. La voix devient quelquefois atone. Le malade a eu, il y a douze ans, une coqueluche qu'il accuse être cause de l'état actuel.

Massage, électricité, inhalations sont restés sans résultat. A l'examen, on croit que la malade a deux cordes vocales de chaque côté, dont les deux inférieures ont le bord tout droit, les deux supérieures, intimement collées aux inférieures, ont le bord excavé. Il s'agit de la paralysie des muscles internes. On pourrait confondre cet état avec une cordite vocale inférieure hypertrophique.

Les chances de guérison pour le malade sont minimales. On pourrait essayer les exercices méthodiques de la voix.

Discussion.

GUTZMANN. — Une restitution intégrale de la voix n'est pas probable. Quand on comprime le larynx du malade latéralement, la voix devient plus claire. On pourrait essayer cette pression latérale pendant les exercices systématiques.

HAIKE. — **Périostite syphilitique.** — Au début de septembre, la malade, une femme du service de Bernhardt, a été envoyée à Haïke parce que, en raison d'un gonflement et de douleurs dans la région frontale et maxillaire gauche, on avait supposé une inflammation de ce sinus. A l'examen, on trouve, tuméfaction du côté gauche du nez, sensibilité extraordinaire du rebord orbital, au-dessus de l'angle interne de l'œil. A la diaphanoscopie, le sinus frontal et maxillaire reste sombre.

La céphalée de la malade et ses autres plaintes se sont exaspérées par une résection du cornet. Il y a eu même un ptosis et une protusion du globe. On craignait, à la suite de ces symptômes, une irruption possible du pus dans l'orbite. Une intervention radicale parut s'imposer. Au grand étonnement de l'opérateur, il n'existait pas de sinus frontal, et le sinus ethmoïdal a été reconnu normal. On ouvre le sinus maxillaire et on le trouve normal également. Le diagnostic a dû rester en suspens, mais le malade n'a plus eu par la suite de douleurs notables. Seule la paralysie de la troisième paire est restée.

Il était évident qu'il fallait songer à la syphilis et malgré des dénégations de la malade, on a institué un traitement mixte. Trois semaines après l'opération, la malade a été reconnue amaurotique et malgré un examen ophtalmoscopique continuellement

pratiqué depuis le début de la maladie, la cause de l'amaurose est également restée en suspens jusqu'à ce que, enfin, on a pu diagnostiquer une atrophie de l'optique.

En novembre, il y a eu une légère amélioration dans la paralysie de la troisième paire, qui n'a fait que s'accroître jusqu'à ce jour. On peut donc supposer qu'il s'est agi chez cette malade d'une périostite syphilitique.

Discussion.

E. MAYER. — Une domestique souffrait de céphalée. On lui a ouvert plusieurs sinus. Complètement aveugle, elle est venue consulter dans le service de Mayer, d'où elle a été envoyée dans un service pour les maladies nerveuses. Là, la région du sinus frontal est devenue douloureuse. Malgré l'absence de tout autre symptôme, on trépane le sinus frontal. Hémorragie énorme, mais sinus normal. La malade a été soulagée pour quelque temps. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur du quatrième ventricule.

SCHEIER demande sur quels symptômes rhinologiques on a fait le diagnostic de la sinusite.

HAKE dit que la muqueuse du cornet moyen a été tuméfiée. Comme on a supposé que l'irruption allait se faire sous l'orbite, on a cru à la suppuration d'un mucocèle.

On a cru en somme aux symptômes d'un empyème fermé.

GUTZMANN. — **Moyen pour rendre visibles les vibrations de la flamme de König.**

GOLDMANN. — **Sarcome du palais.** — Ce cas est remarquable par sa bénignité. Le malade porte la tumeur depuis dix ans. Il n'est nullement gêné par la tumeur, ni pour manger, ni pour parler. Il est préférable d'enlever la tumeur parce qu'on connaît des cas qui, après quarante ans d'existence, ont pris des caractères d'une malignité violente.

Discussion.

BRUCK demande quelles sont les relations de la tumeur avec le sinus maxillaire.

GOLDMANN. — Rhinologiquement, tout est normal. L'examen aux rayons X ne donnera pas de résultats.

BARTH. — **Nouvel adénotome.** — Le nouvel appareil constitue

en somme un amygdalotome en forme de l'adénotome de Beckmann.

Instrument annoncé dans les analyses des *Annales*.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE ⁽¹⁾

Séance du 29 octobre 1906.

Président : POLITZER

Secrétaire : HUGO FREY

ALEXANDER. — **Technique de la plastique des brèches rétro-auriculaires.** — Le défaut de la plastique de Passow consiste en ce que les deux étages de suture se trouvent l'un sur l'autre, au milieu de la brèche et manquent ainsi d'une base solide. En conséquence, les sutures se coupent assez souvent et la plastique doit être refaite. Alexander a modifié cette plastique de la façon suivante. On fait autour de la brèche une circoncision excentrique en taillant un lambeau étroit sur le contour postérieur et un lambeau large en avant. De cette façon, la suture de l'étage inférieur est près du contour postérieur de la brèche rétro-auriculaire. La suture supérieure s'appuie sur la face cruentée du large lambeau antérieur et le bord fibreux de l'ancienne brèche rétro-auriculaire. Pour empêcher la rétention, une mèche de gaze est laissée pendant quatre jours. Cette plastique a l'avantage de ne pas perdre son effet même quand les sutures se sont coupées puisque les lambeaux sont appuyés sur des surfaces larges et sur le bord de l'ancienne brèche. De plus, les deux lignes de suture sont distantes l'une de l'autre presque de la largeur de l'ancienne brèche. Souvent, dans les anciennes brèches persistantes, le pavillon a une position anormale : il tombe un peu en avant et de côté. Cette anomalie est corrigée par cette plastique. Elle peut être exécutée sous anesthésie locale (L'article a paru dans *Archiv. f. Ohrenh.*, tome LXX, n^{os} 1 et 2).

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après le *Monatsh. f. Ohrenh.*, n^o 3, 1907.

ALEXANDER. — a) Otite moyenne suppurée chronique. Cholestéatome. Obstruction totale par ossification de la fenêtre ronde et ovale. — L'intérêt de ce cas est dans l'ossification des deux fenêtres. Le cholestéatome doit être la cause de ce fait rare. Le cholestéatome peut avoir une double action sur l'os ou sa résorption par usure où il provoque une éburnation de l'os. b) Otite chronique moyenne suppurée droite. Cholestéatome. Thrombophlébite. Opération radicale. Ligature de la veine jugulaire interne. Ouverture de la fosse cérébrale moyenne. Nettoyage du sinus et guérison. c) Otite moyenne suppurée compliquée de pyémie. — Après trépanation de l'oreille moyenne, nettoyage du sinus, extraction d'un petit cholestéatome et ligature de la jugulaire, le malade a parfaitement guéri. Ces deux exemples sont capables d'illustrer la technique suivie dans ces cas. Il faut enlever tout ce qui est malade et pousser encore au delà. Avant l'opération sur l'oreille, on va toujours à la recherche de la jugulaire interne. Si elle contient du sang, on fait une ligature, sinon on établit une fistule (Alexander) et s'il existe une périphlébite avec thrombose, on fait l'extirpation de la jugulaire. d) Otite moyenne suppurée chronique gauche. Cholestéatome. Opération radicale. Guérison. Labyrinthite aiguë circonscrite au cours de la guérison. — Une jeune fille de 14 ans a une otorrhée gauche depuis l'âge de 12 ans. Il s'est formé une fistule mastoïdienne qui, de temps en temps, laisse sécréter du pus fétide. Par cette fistule, une sonde introduite tombe sur des masses cholestéatomateuses. Le tympan est en grande partie détruit, le marteau est conservé. Pas de vertige, pas de céphalée, voix haute à 6 mètres, voix chuchotée à 1 mètre, Weber gauche, Schwabach augmenté, Rinne négatif. Limite supérieure normale. Limite inférieure remontée. Léger nystagmus rotatoire à droite. Pas de troubles de l'équilibre.

Opération le 17 septembre 1906. Pendant l'opération typique on enlève un cholestéatome derrière le canal circulaire. L'examen bactériologique montre la présence du bactérium coli, du pyocyanus et des streptocoques.

Examen des yeux après l'opération (g) d = nystagmus rotatoire. A 6 heures et demie du soir ($g >$) d nystagmus en diminuant.

Le 18 septembre 1906, nuit tranquille. Nystagmus ($g >$) d . Vertiges.

Le 19 septembre 1906, nystagmus ($d >$) g . Vers 4 heures, vomissement brusque et vertige. Nystagmus violent vers le côté sain. Pas de nystagmus à gauche. Le malade reste dans le décubitus dorsal, toute autre position augmente le vertige.

Le 19 septembre 1906, à 7 heures du soir, le nystagmus à droite a beaucoup diminué, mais il est encore très prononcé au regard vers le côté malade (côté gauche). Les vomissements ont cessé. Etat subjectif : bon.

Le 20 septembre, nuit tranquille. Nystagmus à droite (en diminuant). Pas de céphalée. Vertige dans la position assise. Vomissements le soir. Changement de pansement. Un peu de pus fétide.

Le 24 septembre, état subjectif : bon. Vertige à peine marqué. Nystagmus existe seulement à droite mais à peine prononcé. Pas de vomissements.

Le 29 septembre, léger nystagmus rotatoire à droite.

Le 4 octobre 1906, plaie en guérison. Le malade quitte l'hôpital, entend la voix haute jusqu'à 3 mètres. L'appareil vestibulaire possède son excitabilité calorique et galvanique. Il n'existe pas de vertige et pas de nystagmus spontané.

En résumant ce cas, on voit que chez une malade atteinte d'otorrhée chronique avec oreille interne normale, se développent, 24 heures après la radicale, les phénomènes d'une irritation du labyrinthe : vertige, vomissements, nystagmus. Cette affection du labyrinthe dure une semaine et disparaît complètement. Il est impossible de dire au juste de quoi il s'est agi. Un traumatisme peut être exclu. On peut songer à une labyrinthite séreuse, peut-être infectieuse. Pendant cette labyrinthite, on a pu constater le nystagmus rotatoire vers le côté sain, une direction du nystagmus qui est caractéristique pour la diminution et même pour la perte totale de l'excitabilité du labyrinthe. Avec le réveil de l'excitabilité du labyrinthe, le nystagmus, dirigé du côté malade, a réapparu. Enfin, après disparition de la labyrinthite, le nystagmus spontané a disparu également.

E. URBANTSCHITSCH. — Tuberculose commençante de l'oreille moyenne. — Garçon de 9 ans et demi se plaint, à la suite d'un traumatisme de céphalée. Huit jours plus tard, il saigne de l'oreille, trois semaines plus tard, mastoïdite. Tous les dix jours, l'oreille saigne. A l'examen, on trouve un grand polype dans le conduit. Après ablation, le tympan paraît un peu rétracté et, au milieu, on voit un petit nodule gros comme un grain de chènevis. Quelques jours plus tard, deux autres nodules ont apparu, le poumon est tuberculeux.

Discussion.

POLITZER. — Ces nodules ont été décrits par Schwartze et Politzer. Ils s'ulcèrent très vite et occasionnent des perforations du tympan. Il est étonnant que cette ulcération manque dans le cas de Urbantschitsch. Un examen bactériologique est nécessaire mais son résultat négatif ne prouverait rien.

NEUMANN. — **Présentation de cas.** — a) Un garçon de 8 ans a une perte de connaissance pendant trois jours à la suite d'une chute. Hémorrhagie par l'oreille et le nez. Quand il revient à lui, il se plaint de céphalée, vertige, fièvre, suppuration de l'oreille droite. A l'examen, chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. Tympan rouge, sécrétion fétide, apophyse mastoïde douloureuse, surdité complète. L'opération fait reconnaître l'existence d'une fissure allant de l'apophyse mastoïde jusqu'à la suture lambdoïde. La fissure est en suppuration. Vers l'oreille moyenne, la fissure s'étend dans la partie vestibulaire de la pyramide. Résection des bords de la fissure, ouverture du labyrinthe. Guérison. b) Chez un autre malade, atteint de pyémie otogène, la guérison a été obtenue parce que les masses thrombosées ont été recherchées jusque dans le sinus sagittal. Le résultat dans la thrombophlébite est souvent compromis par le fait qu'on néglige la partie périphérique du sinus. c) Ce cas est présenté également pour montrer la nécessité d'avancer dans le sinus thrombosé jusqu'à ce qu'on obtienne une pleine hémorrhagie. d) Malade atteinte d'otite aiguë, thrombose du sinus et pyémie. Le sinus a été ouvert sans résultat par un autre chirurgien. Une intervention large de Neumann (ouverture du golfe) n'a pas davantage enrayé la pyémie. Une injection de 100 grammes de sérum antistreptococcique est restée négative et enfin le collargol, administré en lavements, a amené la défervescence. e) Chez un malade atteint de thrombose du sinus et de suppuration du labyrinthe, Neumann a enlevé la paroi postérieure de la pyramide et tari ainsi la suppuration du labyrinthe et du sinus. f) Le dernier malade présenté a eu, en mars, une paralysie complète du facial. Six semaines plus tard, cet homme était sourd des deux oreilles. Perte complète de l'excitabilité de l'appareil vestibulaire : pas de nystagmus, pas de vertige, atonie particulière et troubles de l'équilibre. Sur l'irritation calorique et rotatoire aucune réaction, mais réaction conservée sur le courant galvanique. Ce cas prouve que l'excitation

calorique et rotatoire s'adresse à l'appareil terminal, tandis que l'excitation galvanique s'adresse au nerf directement. Ce fait peut être utile pour le diagnostic différentiel.

BARANY. — Rotation et épreuve du toucher. — En collaboration avec Sachs (oculiste), Barany a recherché l'épreuve du toucher (Tastversuch). L'épreuve consiste en ce que l'on place un sujet à la distance de 1 mètre d'un objet qu'il doit fixer pendant un moment. Ensuite le sujet doit diriger la main vers l'objet en tenant les yeux fermés. Pendant cette expérience on voit que si l'abducteur droit, par exemple, est paralysé, le malade montre constamment en dehors de l'objet, s'agit-il d'une contracture du muscle, il montrera en dedans. Si on tourne un sujet avec appareil vestibulaire normal dix fois à gauche, il montrera à l'arrêt fortement à gauche de l'objet, et *vice versa* si on le tourne à droite. Ce trouble disparaît assez vite. Il faut considérer ce trouble comme dû à un mouvement de réaction. Le sujet, après avoir été tourné à gauche, a, à l'arrêt, l'impression d'être tourné à droite et il montrera en conséquence à gauche puisque sa position avec le monde extérieur n'a pas changé.

POLITZER. — Diagnostic incertain. — Jeune homme de 21 ans se plaint, en mai 1906, de dureté de l'oreille. Juin : Légère paralysie du facial gauche. Œil normal, moteur commun de l'œil intact. Abducteur parésié, tympan rétracté, voix haute 1 mètre et demi, voix chuchotée 0. Perception osseuse normale, Weber à droite, Schwabach diminué, nystagmus à droite, nystagmus calorique manque. Corde gauche position cadavérique. La langue dévie un peu à gauche, tremblement léger des extrémités à gauche. Autrement sensibilité et motilité normales. Il s'agit probablement d'une tumeur sise à la base du crâne, pas assez grande pour provoquer des grands phénomènes de compression.

E. URBANTSCHITSCH. — Sur l'isoforme. — L'isoforme a été très vanté par Heine comme non toxique. Urbantschitsch a observé les trois intoxications suivantes : a) après introduction d'une mèche à l'isoforme à 10 %, convulsions qui cessent après l'enlèvement de la mèche ; b) malade quitte la clinique avec une mèche à l'isoforme, syncope en chemin de fer, guérison après enlèvement de la mèche ; c) application d'une émulsion à l'isoforme à 5 %. Le lendemain, l'enfant a du vertige et des vomissements. Nouvelle

application provoque les mêmes symptômes qui disparaissent après suppression de l'isoforme.

Discussion.

ALEXANDER a également employé l'isoforme et ne peut pas s'expliquer comment Heine a obtenu de si bons résultats. La gaze à l'isoforme ne draine pas et n'a pas d'action sur la fétidité de la suppuration. L'isoforme est inodore et blanc. Ce sont ses seuls avantages.

Séance du 26 septembre 1906.

Président : URBANTSCHITSCH

Secrétaire : FREY

BARANY. — **Paralysie combinée des yeux avec déviation conjugée.** — La malade ne peut pas regarder à droite, et tient la tête tournée du côté gauche. Par un lavage de l'oreille droite à l'eau froide, la malade peut tourner les yeux lentement du côté droit.

V. URBANTSCHITSCH. — a) **Coloration bleue de la partie postéro-supérieure du tympan.** — Quand avec cette coloration s'associe un bombement du tympan, il faut songer, surtout après les interventions, au sinus ou à la dure-mère. Dans les parties inférieures du tympan, le golfe de la veine jugulaire peut paraître bleu. b) **Lupus du lobule du nez,** chez une jeune fille de 20 ans. Le lupus a résisté au traitement par les rayons X et par le radium (23 séances). Guérison presque complète par le thermo-cautère. c) **Perforation du pavillon** chez un enfant de 5 semaines. Il s'agit probablement d'un furoncle qui a perforé le pavillon. Il n'y a pas de traces de tuberculose ni de syphilis.

Discussion.

MAX rappelle un cas analogue à ce dernier cas, présenté par lui à la Société avec diagnostic de gangrène du pavillon.

POLITZER. — A propos du tympan bleu, il en rappelle les causes anatomiques. Il peut s'agir d'un kyste du tympan contenant un liquide visqueux ; dans d'autres cas, après des opérations, des parcelles de muqueuse incomplètement curetée qui se transforment en kyste.

NEUMANN. — Présentation de cas. a) **Abcès cérébral otogène, compliqué de pyémie. Guérison.** — Evidement d'un grand abcès du lobe temporal. Grand prolapsus du cerveau. La fièvre se rallume au bout d'un mois et demi. On vide un abcès du poumon. Deux mois plus tard, nouvel abcès du poumon. Le malade est guéri. Les abcès étaient dus aux anaérobies. Les abcès du cerveau dus aux anaérobies ne forment pas de capsules. b) **Abcès cérébral otogène.** — Fillette de 4 ans, surdité complète. Appareil vestibulaire non irritable. Nystagmus. Ces symptômes sont dûs à un abcès extra-dural. Après opération, le nystagmus change de côté (côté malade). En se basant sur ce symptôme, Neumann diagnostique un abcès du cervelet, qui est trouvé, en effet, à l'opération. Ce cas prouve l'importance du changement du nystagmus. Le nystagmus va, dans la labyrinthite diffuse, vers le côté sain et il persiste quand le labyrinthe est détruit ou enlevé parce qu'il est provoqué par le côté sain. Si, malgré l'élimination du labyrinthe, le nystagmus se montre du côté malade, il doit avoir une cause ou cérébelleuse ou méningitique. Si l'ouverture du labyrinthe n'est pas réellement totale, il est toujours possible que des éléments persistants du labyrinthe malade puissent provoquer ce nystagmus. Donc, pour bien reconnaître la valeur du nystagmus post-opératoire, l'élimination radicale du labyrinthe est condition nécessaire. c) **Opération radicale sous anesthésie locale.** — Le limaçon et l'appareil vestibulaire étaient irritables, pas de nystagmus. Dans les anamnétiques, vomissements et vertige. Après l'opération, la malade se rend à pied dans sa chambre. Le lendemain, troubles du côté du labyrinthe. Neumann suppose une affection de la paroi du labyrinthe et ouvre le pansement. Expectation. Guérison. d) **Tympan intact et méningite.** — La malade est présentée. La ponction lombaire donne du streptocoque. Neumann relatara la suite.

RUTTIN. — Contribution à la technique histologique du labyrinthe membraneux.

ALT. — Appareil acoustique. — Cet appareil consiste en un

microphone, téléphone, pile sèche et des fils. Il pèse 625 grammes et se laisse facilement cacher dans la poche du vêtement. Le sourd entend, avec cet appareil, la voix la plus faible. Cet appareil a prouvé son utilité chez des gens atteints de surdité à un haut degré (Chez Deckert et Homolka, prix 25 k). Mais l'idéal pour les sourds n'est pas d'entendre la voix d'une seule personne parlant dans une certaine direction, mais d'entendre de loin et dans différentes directions. A cet effet, Alt a modifié un micro-téléphone qu'il a expérimenté avec succès dans beaucoup de cas.

Discussion.

KAUFFMANN rappelle que la maison Siemens et Halske a construit il y a trois ans un appareil analogue qui a permis au malade de s'entretenir en même temps avec quatre personnes à la fois. Aussi ingénieux que soient ces appareils en théorie, le résultat pratique dépend de ce que l'oreille du sourd peut percevoir.

FREY. — Le principe de ces appareils est ancien et souvent mis en pratique. Tous ces appareils supposent que l'interlocuteur se trouve dans la proximité de l'appareil. Pour rendre des services réels, un appareil semblable devrait permettre de parler à une plus grande distance.

ALT dit qu'il a démontré ces appareils parce qu'il a entendu dire que de l'Amérique des appareils semblables allaient être prochainement envoyés.

POLITZER. — **Méningite labyrinthogène.** — Homme de 54 ans, atteint depuis vingt ans d'otorrhée. Trépanation de l'antre, ouverture de la fosse cérébrale moyenne, incision de la dure mère. Les jours suivants, vertige, vomissements, délire. Nouvelle ouverture de la fosse cérébrale moyenne et postérieure et du sinus. Mort quinze jours plus tard. A l'autopsie, des traces de méningite ancienne et récente, streptocoques. A l'examen histologique, le ligament annulaire est détruit, la plaque de l'étrier luxée en dedans, recouverte d'une membrane fibrino-purulente. Le promontoire cassé en deux morceaux. Le morceau inférieur recouvert de granulations. Fenêtre ronde perforée. Pus et granulations sont entrés d'ici dans le limaçon. La membrane banale du limaçon remplie de granulations. Les deux rampes remplies de pus. Le reste du limaçon également en suppuration.

ALEXANDER. — **Deux cas de thrombose otogène du sinus.** — Les

2 cas ont été opérés et guéris d'après son procédé (fistule de la jugulaire).

Séance du 18 décembre 1906.

BARANY. — **Recherches sur les mouvements réflexes des yeux, de cause vestibulaire et optique, et leur valeur pour le diagnostic topique des paralysies des muscles de l'œil.** — L'auteur montre qu'on ne s'est pas encore suffisamment occupé des mouvements réflexes des yeux. Le nystagmus réflexe surtout n'a pas encore été employé pour le diagnostic des paralysies des muscles de l'œil. L'auteur décrit ensuite sa méthode d'examen (publiée en détail dans *Monatsch. f. Ohrenh.*, 1906). Il relate ensuite l'histoire d'une malade pour illustrer sa théorie et ajoute un schéma pour montrer les relations qui existent entre le nystagmus vestibulaire et les paralysies des muscles de l'œil. Il termine par huit conclusions dont l'intérêt échappe aux otologistes et touche plutôt les neurologistes et les ophtalmologistes.

Séance du 28 janvier 1907.

POLITZER. — **Deux cas d'exostose du conduit externe.** — Une jeune fille de 19 ans se plaint de surdité (Voix haute 1 mètre). On trouve une large exostose dans le conduit droit. Opération sous anesthésie locale. Guérison en quinze jours. Dans un autre cas, tout récent, Politzer a enlevé une exostose occupant la périphérie presque entière du conduit. Anesthésie locale.

ALEXANDER. — a) **Otite moyenne chronique tuberculeuse. Cholestéatome. Fistules multiples du labyrinthe.** — Il s'agit d'un tuberculeux chez lequel l'ouverture de l'antre était devenue nécessaire à cause de l'état local de l'oreille. L'appareil vestibulaire à gauche réagit mal à l'excitation calorique et à la rotation. Pas de nystagmus spontané, pas de troubles de l'équilibre. Pendant l'opération, on a dû avancer à travers le limaçon jusque dans le con-

duit interne. La pointe de la pyramide a dû être enlevée. Le fond de la brèche opératoire est en partie constitué par la carotide interne. Fistule du promontoire, du canal latéral, du canal postérieur. Après résection de ces canaux et le curetage du limaçon il s'échappe un liquide clair. Suites ordinaires. Malheureusement l'état du larynx et des poumons est mauvais.

ALEXANDER a eu occasion d'opérer 5 autres cas de tuberculose du temporal. Les résultats locaux immédiats étaient toujours bons, mais un seul cas a guéri complètement. Les autres opérés sont morts de méningite tuberculeuse trois ou six mois après l'opération. Tous ces opérés avaient repris, après l'opération, leurs occupations professionnelles.

Dans une note additionnelle, Alexander rapporte que son dernier opéré a survécu à l'opération un mois seulement. Il est mort de tuberculose du larynx et du poumon. A l'autopsie, à part les lésions banales, on a trouvé une méningite tuberculeuse.

b) Otite moyenne suppurée aiguë. Thrombose du sinus. Pyémie. Opération. Guérison. — La veine jugulaire a été ligaturée. Elle contenait du sang non coagulé. Le sinus a été largement ouvert. Il contenait des masses thrombosées qui ont été enlevées. Le cas est intéressant surtout parce que dans cette otite aiguë, il n'y a pas eu perforation du tympan. L'enfant était tellement infecté qu'on n'a même pas essayé la paracentèse.

c) A propos des fistules du labyrinthe. — Les fistules du labyrinthe se trouvent généralement dans les otites cholestéatomateuses, mais on ne connaît pas encore un cas de fistule du labyrinthe consécutive à une otite moyenne aiguë, et reconnue avant l'opération par l'examen fonctionnel. Le cas suivant est intéressant sous ce rapport.

Un homme de 22 ans est atteint d'otorrhée à droite depuis avril 1896 (probablement 1906). Céphalée en été 1906 avec un vertige durant deux jours. Depuis, le malade a des vertiges quand il tousse, quand il se lave, etc. Le 30 décembre 1906, le malade a de violents maux de tête avec nausées. A l'examen, 5 janvier 1907, l'oreille gauche est normale ; à droite, tympan non visible, conduit rétréci, chute de la paroi postérieure, tuméfaction modérée de l'apophyse ; otorrhée fétide. Voix haute à 5 mètres. Voix chuchotée, à l'oreille. Nystagmus rotatoire spontané à gauche. A la compression de l'air du conduit externe, nystagmus à droite. A l'aspiration de l'air, nystagmus à gauche. Opération sous anes-

thésie locale. Sur la convexité du canal latéral on trouve une fistule fine. Quand on la touche, on provoque, vertige, nystagmus et nausées. Immédiatement après l'opération, nystagmus faible vers le côté sain. Une heure plus tard, pas de nystagmus, pas de vertige. Trois jours plus tard, le malade se lève.

Le diagnostic de fistule du labyrinthe a été fait ici parce que l'appareil vestibulaire a réagi sous la compression de l'air dans le conduit externe. Il est vrai que même dans des conditions normales, la compression de l'air du conduit externe peut provoquer le vertige et les nausées (On voit cela dans l'expérience de Gellé). Mais quand la réaction est très vive, elle est toujours pathologique, elle montre que la paroi séparant la caisse du labyrinthe, rigide en dehors des deux fenêtres, a cédé en un point.

Cette réaction indique la fistule du labyrinthe. Il peut s'agir d'une destruction de l'os, avec endoste et labyrinthe membraneux normaux. Il peut s'agir de la destruction de l'os et de l'endoste. Pour différencier ces deux lésions, l'examen fonctionnel de l'audition est intéressant. Dans la suppuration chronique avec fistule du labyrinthe, il s'agira la plupart du temps de surdité, d'absence d'irritabilité de l'appareil vestibulaire et du nystagmus vers le côté sain. Si, au contraire, l'audition est bonne, si l'appareil vestibulaire est conservé, on pourra admettre, grâce au signe de la compression de l'air, ou une labyrinthite circonscrite (fistule) ou une forme très légère de labyrinthite. Ces deux formes se laissent plus difficilement distinguer l'une de l'autre.

Pourquoi, dans un cas de fistule du labyrinthe, y a-t-il des troubles graves et pourquoi, dans un autre, les phénomènes sont-ils légers ? La réponse est qu'une fistule du labyrinthe peut être et le commencement et la fin d'une affection de l'oreille interne. Généralement, la fistule est le signe de la terminaison d'une suppuration du labyrinthe. Il est plus rare que la fistule du labyrinthe présente le premier stade de la labyrinthite. C'est le cas dans l'observation citée. Le malade en question a des troubles quand il tousse, quand il se lave et quand on augmente la pression dans sa caisse. Il est probable que la fistule, chez le malade, a débuté en été 1906. Pour arrêter la marche de la maladie, il a suffi de guérir le foyer dans l'oreille moyenne. Deux semaines après l'opération, le signe par l'air comprimé était négatif. Les fonctions de l'oreille interne sont conservées.

d) Labyrinthite post-opératoire. — Garçon de 12 ans est opéré d'une otite moyenne suppurée chronique à droite. On enlève un

cholestéatome. Quatre jours après l'opération, nystagmus rotatoire spontané des deux côtés, vomissements. Le malade est couché du côté gauche. Le lendemain, le nystagmus dirigé vers le côté sain. Kernig, hypéresthésie cutanée. Huit jours après l'opération, décubitus dorsal, nystagmus horizontal lent vers le côté malade, nystagmus fréquent, horizontal, petit au regard vers le côté sain. Légère parésie de la branche ophtalmique du facial. Après une accentuation de la paralysie faciale, tout rentre dans l'ordre, Alexander avait déjà présenté un autre cas de labyrinthite séreuse post-opératoire analogue à peu près au cas actuel.

NEUMANN. — a) Début de méningite otogène. Labyrinthite. Opération. Guérison. — Jeune femme de 23 ans est opérée d'otite moyenne suppurée chronique gauche pour carie complète de la paroi interne de la caisse. Examen fonctionnel avant l'opération : voix haute 0^m,10. voix chuchotée 0. Diapason A n'est pas entendu. Limite supérieure abaissée. Gamme continue des sons permet de constater une surdité complète. Nystagmus spontané bilatéral, plus prononcé du côté malade.

A part un peu de céphalée, la malade va bien et quitte l'hôpital au bout de dix jours. Trois jours plus tard, elle y est ramenée avec vertige, céphalée, vomissements, troubles de la connaissance, rigidité de la nuque, haute température, inexcitabilité de l'appareil vestibulaire, grand nystagmus du côté sain. Diagnostic : labyrinthite. A l'opération on trouve du pus fétide dans le labyrinthe, des granulations, un petit séquestre près des canaux circulaires. Après extraction de ce séquestre, une fistule conduit vers le canal postérieur. On enlève de même la paroi postérieure du vestibule séquestré. Incision de la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure qui laisse échapper un liquide louche. Ponction lombaire donne un liquide louche avec un sédiment riche, mais sans microorganismes.

Quelques jours après l'opération, surdité complète à gauche, inexcitabilité calorique et rotatoire de l'appareil vestibulaire. Conservation de l'irritation galvanique.

Ce cas confirme l'opinion de Neumann que la destruction de la paroi interne de la caisse est généralement accompagnée de surdité très prononcée, qu'à la suite des interventions intra-tympanales, une labyrinthite circonscrite peut s'étendre sur tout le labyrinthe et provoquer rapidement des complications crâniennes. La méningite a été arrêtée au début par l'intervention rapide. On voit également que le nystagmus calorique et rotatoire

dépend de l'appareil terminal et que le nystagmus galvanique est provoqué par le nerf acoustique. Ces notions sont importantes pour le diagnostic différentiel du siège labyrinthique ou rétro-labyrinthique d'une lésion.

e) **Labyrinthite circonscrite. Début de méningite. Opération. Guérison.** — Ce cas à peu près analogue au précédent. A l'examen, conduit droit tuméfié, caisse remplie de polypes, pression sur les polypes provoque le vertige, surdité complète. Nystagmus du côté *malade*. L'appareil vestibulaire normalement irritable. Romberg positif. Les yeux fermés, le malade tombe à gauche quand il marche. Compression et raréfaction de l'air dans le conduit externe provoquent le nystagmus. Vomissements, vertige, céphalée, rigidité de la nuque. Température 38,8 ; on diagnostique, labyrinthique circonscrite avec fistule et méningite commençante. Opération. Guérison au bout de deux mois.

Discussion.

HAMMERSCHLAG. — Le premier cas présenté est intéressant par le fait qu'après destruction du labyrinthe osseux, le nystagmus est dirigé du côté opposé.

BARANY rappelle les expériences, faites à Berlin, qui prouvent que le nystagmus peut être encore provoqué par le bulbe après destruction des deux labyrinthes. C'est ainsi qu'on peut expliquer le cas de Neumann. Il est probable que le courant touche le noyau de Deiters et provoque ainsi le nystagmus. C'est pour la première fois que cette expérience est faite sur l'homme. Quant à l'explication que le nystagmus est dirigé du côté sain après destruction d'un labyrinthe qui a fonctionné, il est inutile de croire à une irritation de l'autre labyrinthe. Il faut plutôt admettre une fonction anormale des centres. Les travaux de Jansen et Abels renseigneront sur ce point.

POLITZER remarque que Neumann n'a pas appelé l'attention sur la difficulté de la technique. Dans les deux cas, le facial a été conservé tandis que, d'après l'ancienne technique, la lésion du facial était inévitable.

FREY rappelle que dans le temps on a prétendu, qu'après destruction complète du limaçon, l'acoustique pouvait encore être irrité par les ondes sonores. Dans le cas de Neumann, on voit que l'excitation galvanique du nerf a pu provoquer dans le centre le

même effet que provoque ordinairement l'irritation partant de l'organe du sens périphérique.

HAMMERSCHLAG ne peut pas admettre, comme vient de le dire Frey, qu'un nerf sensoriel réponde spécifiquement à des irritants quand il est privé de son organe terminal.

NEUMANN remercie Politzer d'avoir reconnu les difficultés qu'il a eues à surmonter dans ces 2 cas. Répondant à Barany, il ne peut pas admettre que le nystagmus soit d'origine centrale. Il lui paraît être de cause rétro-labyrinthique. S'il part du nerf ou des centres, les expériences en cours sur les animaux le prouveront.

*SOCIÉTÉ NÉERLANDAISE
D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (1)*

15^e réunion tenue à Amsterdam les 12 et 13 mai 1906.

Président : ZWAARDEMAKER

MÜLDER (Haarlem). — **Le bégaiement chez les écoliers.** — 1 % des écoliers sont atteints de bégaiement, les garçons à 1,64 %, les filles 0,44 %. Il est impossible de savoir si le bégaiement augmente avec les années. Cette infirmité a été souvent constatée avant l'âge de 3 ans. Sur 526 enfants, il y a eu plusieurs bégues dans la même famille dans une proportion de 40 %. Gutzmann croit que la différence de fréquence du bégaiement dans les deux sexes est due au type respiratoire. Mulder croit que le bégaiement est héréditaire, congénital. Le bégaiement est réuni à d'autres troubles nerveux et souvent aussi à une intelligence diminuée. Mulder recommande l'établissement d'une école pour bégues.

POSTHUMUS MEYES (Amsterdam). — **Traitement du bégaiement.** — Il existe aujourd'hui quatre méthodes : celles de Gutzmann, de Liebmann, de Chervin et une combinaison de la méthode respiratoire et chuchotée. Quand le bégaiement n'est pas très développé,

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Monatsch., f. Ohrenh.*, n° 3, 1907.

les élèves peuvent apprendre le parler normal en dehors des heures ordinaires de classe. Les autres doivent suivre des écoles spéciales.

HEILBRONNEN (Utrecht). — **Remarques neurologiques sur le bégaiement.** — Le neurologue voit 2 cas différents de bégaiement. 1^o Le bégaiement aphasique, les troubles de langage dans la paralysie progressive et ceux consécutifs aux attaques d'épilepsie ; 2^o les formes qui suivent le mutisme, surtout le bégaiement post-traumatique. Cette forme a une analogie chez les enfants qui deviennent bègues brusquement après une frayeur. Ici se range le bégaiement imitatoire. Dans le premier groupe, il existe une perte centrale, une parésie facio-linguale. Dans le bégaiement, on voit des troubles analogues à ceux de la chorée, où il faut également distinguer entre les lésions organiques et fonctionnelles.

Dans le deuxième groupe, il ne s'agit pas de ces troubles. Il est difficile de dire s'il s'agit d'hystérie. La parenté avec le tic est également évidente.

Au point de vue étiologique, on peut distinguer entre les lésions congénitales, héréditaires, intra-utérines et les troubles généraux qui constituent une prédisposition aux anomalies nerveuses. Pour le pronostic, il faut songer aux lésions du foyer dans le bégaiement tenace des personnes sans tare nerveuse. Au point de vue thérapeutique, l'auteur considère la méthode de l'éducation du parler physiologique conscient comme une méthode rationnelle, seulement quand il s'agit d'une lésion dans l'appareil moteur. Autrement, cette méthode ne peut agir que par la suggestion. Il faut se méfier d'exagérer une méthode. Le traitement du bégaiement ne doit pas être confié à un professeur, mais est une question de thérapeutique et doit être dirigé par un médecin.

QUIX (Utrecht). — **Les mouvements des muscles dans le bégaiement.**

Discussion.

POLAK. — Les fréquentes guérisons du bégaiement plaident contre l'hypothèse d'une lésion cérébrale.

BRAT croit que le bégaiement augmente en classe avec les années. Chez les bègues, les adénoïdes sont plus fréquentes que chez les autres. Le facteur de l'hérédité n'est pas aussi important que le croit Mülder.

ZWAARDEMACKE demande si le groupe des bègues nerveux n'est

pas beaucoup plus important que l'autre. L'incontinence nocturne se voit chez les enfants nerveux. Il croit qu'une lésion corticale ou sous-corticale près du centre de la parole est probable.

HEILBRONNER dit qu'une lésion organique se voit dans la minorité des cas. Le bégaiement n'est pas une entité morbide. Il ne croit pas qu'une guérison totale soit possible. La comparaison avec l'incontinence lui paraît juste.

MÜLDER dit qu'on exagère la valeur de l'influence psychique. Il croit qu'elle est tout à fait accidentelle et possible seulement quand il s'agit d'une prédisposition héréditaire. Quant à la relation des adénoïdes et du bégaiement, les recherches devront encore être faites.

POSTHUMUS MEYES. — **Démonstration.** — a) Paralysie du récurrent; b) plusieurs cas de carcinome du larynx; c) tumeur du maxillaire supérieur; d) tuberculome du larynx guéri par attouchement avec l'acide lactique et formaline (formaline 1 gr. 50, acide lactique 10 grammes, glycérine 4 grammes, eau distillée 20 grammes).

BÜRGER. — **Démonstrations.** — a) Polype du naso-pharynx, amélioration par galvanocautie; b) kyste dermoïde artificiel dû à une opération.

TEN CATE (Amsterdam). — **Démonstration d'une oreille artificielle en aluminium.**

ZWAARDEMACKEER. — **Le symptôme de Stard-Cholewa dans l'oto-sclérose.** — Aux symptômes connus de : 1^o absence du registre grave; 2^o paracousie de Willis; 3^o augmentation initiale et abaissement consécutif de la limite supérieure, Zwaardemacker ajoute comme quatrième symptôme, l'insensibilité tactile pour une masse d'air en mouvement. Ce mouvement massif de l'air est provoqué par un diapason chargé (trente-deux vibrations). Un homme avec ouïe normale a la sensation tactile de ce mouvement sur le tympan même quand la sensation acoustique a cessé. Un homme atteint d'oto-sclérose ne sent pas ce mouvement, quand l'audition est tombée à moins de 2 mètres pour la voix chuchotée. Ce symptôme est identique au symptôme de l'anesthésie du tympan décrit par Itard et Cholewa. Ce symptôme se trouve, en dehors de la sclérose, dans les grandes cicatrices du tympan, dans l'hystérie.

Les malades atteints de labyrinthite ont encore une sensation tactile très nette, même quand l'audition est tombée à moins de 2 mètres.

STRUYCKEN (Bréda). — **Traitement de la sinusite frontale.** — Struycken propose une trépanation du sinus dans la région de l'angle interne de l'œil, dans les cas qui ne demandent pas les grandes interventions connues.

SCHUTTER (Groningen). — **Résection sous-muqueuse de la cloison d'après Krieg.** — Il la préfère à l'opération de Killian.

MOLL (Arnheim). — *a) Guérison d'une sinusite frontale par l'opération combinée de Killian et de Moure. b) Traitement secondaire après la radicale.* Moll ne fait pas de tamponnement, ni de plastique. Il enlève la paroi postérieure du conduit entre deux incisions, le cartilage est réséqué et le lambeau cutané fixé.

BURGER (Amsterdam). — **Traitement de la labyrinthite secondaire.** — Depuis la publication de Zeroni, Bürger a pu suivre un cas de labyrinthite et méningite mortelle consécutif à une radicale. Chez un enfant, on découvre une carie dans la paroi du labyrinthe.

Peu après la radicale, symptômes de méningite, nouvelle opération. Ouverture du vestibule et de la fosse cérébrale postérieure. Mort. A l'autopsie, une carie dans le canal circulaire postérieur d'où était partie l'infection des méninges. En s'appuyant sur ce cas, Bürger indique le traitement de la labyrinthite secondaire. Dans quelques cas la trépanation totale suffit, même si la paroi du labyrinthe est malade. Il ne faut pas aller dans tous les cas dans le labyrinthe. Quand il existe des complications intracrâniennes au début de méningite, il faut ouvrir le labyrinthe malade et le foyer intra-crânien.

Quand les phénomènes méningés menaçants manquent, un opérateur habile peut attendre, même en présence d'une fistule suppurée du labyrinthe.

KAN (Leyde). — **Démonstrations.** — *a) Röntgenogramme d'un étui de crayon aspiré dans une bronche et expectoré. b) morceau d'os enlevé de l'œsophage par œsophagotomie; c) résection cunéiforme du pavillon pour épithélioma; d) photographie stéréoscopique d'une malformation bilatérale de l'oreille d'un enfant;*

e) ostéomyélite double du temporal post-scarlatineux, suivie de séquestration d'une partie du labyrinthe gauche; f) épingle de sûreté ouverte dans l'œsophage d'un enfant, extraction par la pince laryngienne de Jurasz; g) opération radicale bilatérale du sinus frontal.

SCHUTTER. — **Abcès du cervelet.** — Jeune fille de 18 ans, atteinte d'otorrhée depuis 10 ans, se plaint de céphalée, vomissements, vertige. Huit jours plus tard, paralysie du facial. Radicale. Quinze jours plus tard, réapparition de céphalée, vertige, vomissements qui avaient disparu. Parésie de l'abducteur droit. Dysarthrie, neuro-rétinite hémorragique double. Quelques jours plus tard, parésie et ataxie des extrémités droites. Deuxième opération. Sinus et dure-mère sont normaux. Troisième opération quatre jours plus tard. La ponction du lobe temporal reste blanche. Par contre, on vide un volumineux abcès du cervelet. A l'autopsie, pas de méningite, pas d'abcès dans le cerveau. Sinus normaux. Cervelet transformé en vaste abcès. Dans le temporal un séquestre constitué par le vestibule et les canaux semi-circulaires. L'auteur fait remarquer la dysarthrie qui existait dans ce cas, trouvaille rare dans la littérature otologique. Les auteurs hollandais ont mis en relief la valeur du cervelet pour le langage articulé.

SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

Séance du 11 décembre 1906.

Président : PASSOW

Secrétaire : SCHWABACH

BRUCK. — **A propos du tympan bleu.** — Dans un cas présenté par Bruck, on a émis l'hypothèse que la coloration bleu du tympan du malade était due, d'après les uns, aux varices, d'après les autres, à un épanchement sanguin. Bruck a gagné la conviction qu'il s'agissait d'un exsudat gélatineux. La tendance à la récidive

(¹) Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Berliner klinisch. Wochenschr.*, n° 17, 1907.

et les résultats de la paracentèse le prouvent, car on obtient par cette dernière un liquide d'un brun foncé contenant peu d'éléments figurés et surtout des corpuscules de graisse. La couleur bleue est un phénomène optique et dépend de la lumière qu'on jette sur le tympan. Avec le bec Auer, la coloration bleue est la plus nette.

MAX LÉVY. — Mortalité des otopathies et leur importance pour l'assurance sur la vie. — La plupart des Compagnies allemandes d'assurances sur la vie refusent les candidats atteints d'otorrhée chronique. Pourtant, l'expérience ne plaide pas dans ce sens. Le journal d'autopsies de la Charité des dernières vingt-cinq années donne une mortalité de 0,6 %. 900 cas d'otite compliquée, gravement recueillis dans la littérature, permettent les conclusions suivantes : 1° complications et mort sont plus fréquentes dans la suppuration chronique que dans la suppuration aiguë ; 2° la mortalité dans la suppuration chronique est plus grande dans la deuxième et la troisième décade de la vie. Elle est pareille pour tous les âges dans l'otite aiguë, peut-être avec une disposition moins grande pour l'âge avancé ; 3° La malignité des complications augmente avec l'âge dans la suppuration aiguë. Dans la suppuration chronique, elle est grande, même chez l'enfant.

Le rapport de Schwartz, Habermann, Kretschmann donne une mortalité de 0,58 % dans les cas aigus, et 1,58 dans l'otite chronique. D'après Lévy, la mortalité de la suppuration aiguë augmente, avec l'âge, de 0,2 à 2 %, et trouve son maximum dans la deuxième décade de la vie pour les suppurations chroniques, avec un pourcentage de 2,6. Ces chiffres ne justifient donc pas le refus systématique de tous les otorrhéiques.

Discussion.

PASSOW demande du temps pour rechercher des dates, mais il croit le chiffre de 0,6 % trop faible.

FEILCHENFELD demande plus de précision de la part de Lévy. La question de la mortalité dans les suppurations aiguës n'a aucun intérêt pour les compagnies d'assurances. Les chiffres de Lévy plaident pour l'opinion, émise par Feilchenfeld dans un livre, que les suppurations auriculaires acquises avant la vingtième année sont les plus dangereuses parce qu'elles sont dues à des maladies infectieuses. Les Compagnies d'assurances ne demandent pas si un homme atteint d'une certaine maladie peut vivre malgré elle.

Elles demandent s'il peut mourir par elle, et c'est la raison pour laquelle elles doivent refuser des cas d'un bon pronostic.

LÉVY n'a pas voulu être plus précis, voulant amorcer seulement la discussion.

Séance du 8 janvier 1907.

Président : PASSOW

Secrétaire : SCHWABACH

HERZFELD présente : a) un ciseau nasal de grande force confrère qui peut être considéré comme un **acrobate de la langue**. Il peut, avec sa langue, toucher son cavum et en la sortant toucher le nez et le menton.

PASSOW. — **Plastique de l'othématome.**

WAGNER. — **Nystagmus.** — D'après Neumann, le nystagmus dans les labyrinthites est plus prononcé au regard vers le côté sain. Dans les abcès du cervelet, le contraire serait le cas. Wagner apporte un cas prouvant que dans l'abcès du cerveau le nystagmus peut être dirigé du côté malade. Un homme de 35 ans subit la trépanation de la mastoïde après une otite aiguë. Un an et demi après, on trouve une fistule dans l'apophyse mastoïde, une double papillite et un nystagmus vers le côté malade. On diagnostique d'après les données ordinaires un abcès du cervelet, mais, à l'opération, on trouve qu'il s'agit d'un abcès du lobe temporal. Le nystagmus disparaît pour réapparaître bientôt du même côté, en même temps que les autres symptômes cérébraux. Nouvelle intervention. On vide un nouvel abcès dans l'ancien foyer. Le nystagmus disparaît pour quatre semaines. Troisième opération suivie de mort. Avant chaque opération, la ponction lombaire a donné un liquide stérile.

Discussion.

HERZFELD a vu également un cas qui parle contre la théorie de Neumann. Le nystagmus était dirigé vers le côté malade dans un cas de carie du canal horizontal. Le nystagmus disparaissait pen-

dant la narcose et a disparu définitivement après un pansement moins serré. Chez ce malade, on pouvait changer la direction du nystagmus. Après chaque compression du conduit, le nystagmus se dirigeait du côté malade. Après chaque aspiration de l'air, il se tournait du côté sain.

SCHWABACH a observé, en 1878, un cas où le nystagmus dirigé du côté malade accompagné de vertige apparaissait à chaque pression sur l'apophyse et le conduit tuméfiés. Le malade n'a pas été opéré. Plusieurs années après, Schwabach a revu le malade sans pouvoir provoquer le nystagmus par pression.

BEYER est également d'avis que le nystagmus, côté malade, n'indique pas une affection du cervelet, car on ne peut pas le provoquer expérimentalement. Dans les opérations sur le labyrinthe, il peut se montrer également vers le côté malade.

LANGE a vu également dans un cas d'abcès du cerveau le nystagmus côté malade, mais l'abcès allait très loin en arrière. Il l'a vu également dans 2 cas d'abcès du cervelet. Il est d'accord avec Neumann pour considérer le nystagmus, côté malade, comme indiquant une affection de la fosse cérébrale postérieure. L'absence du nystagmus ne prouve rien. Dans nombre de cas d'abcès du cervelet, le nystagmus a pu manquer.

SOCIÉTÉ DES LARYNGOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD ⁽¹⁾

Réunion tenue à Heidelberg le 20 mai 1907.

Président : LINDT (Berne).

SIEBENMANN. — **Participation de la muqueuse des voies respiratoires supérieures à l'ichtyose.** — Les lésions ichtyosiques occupent, chez une jeune fille, toute la peau. Toutes les muqueuses sont normales, excepté la muqueuse bucale où il y a des taches grises opalines. De même des taches dans le larynx.

⁽¹⁾ Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Munchn. mediz. Wochenschr.*, n° 30, 1907.

SEIFERT. — **Paralysie toxique du larynx.** — Un paysan de 48 ans, ayant eu à manier du blé traité par le sulfate de cuivre, a été pris d'une gastro-entérite, et quinze jours plus tard d'une paralysie du récurrent gauche. Il s'agit, d'après Seifert, d'une paralysie due à l'absorption du cuivre.

AVELLIS. — **Laryngotomie sous-narcose à la scopolamine-morphine.** — Chez un homme de 70 ans, Avellis a enlevé, sous cette anesthésie, un carcinome du larynx par laryngotomie. Pas de tamponnement, pas de canule. Le malade est couché sur le ventre. Il peut déglutir tout de suite après l'opération et se lever au bout de un à deux jours. L'intervention endo-laryngée n'est pas à recommander. Dans un cas opéré par laryngo-fissure, on a trouvé un deuxième carcinome sur le côté du larynx paraissant sain à l'examen laryngoscopique.

AVELLIS. — **Laryngocèle.** — Enfant de 4 ans est amené pour de la raucité de la voix. Quand il crie, il forme une tuméfaction sur les deux côtés du cartilage thyroïde allant jusqu'au bord maxillaire et jusqu'à la clavicule. Cette tuméfaction est molle et donne un son tympanique. Comme il n'y a pas de dyspnée, on peut surseoir à l'opération.

VOHSEN. — **Sur la valeur de la transillumination dans les sinusites frontales.** — Cette méthode indiquée il y a dix-sept ans, par Vohsen, est encore aujourd'hui la meilleure pour reconnaître la sinusite frontale. Il faut que le sinus soit éclairé par sa base et qu'on se serve d'une bonne lampe. Vohsen a fait construire (par O. Ebert, Francfort), une nouvelle lampe qui permet la position directe sur la base de l'orbite. La technique n'est pas aussi simple. Une accoutumance aux différences de lumière doit être apprise. On peut reconnaître la forme du septum frontal ou son absence. L'examen par les rayons X n'est pas supérieur à la transillumination, mais plus dispendieux et plus embarrassant.

OPPIKOEER. — **Examen microscopique de la muqueuse des sinus nasaux chroniquement enflammés.** — Travail analysé dans les *Annales*.

DANKER. — **Expériences sur l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique.** — Denker a opéré 18 cas de sinusite

maxillaire grave par sa méthode (analysé dans les *Annales*). La muqueuse du sinus malade a été conservée presque dans tous les cas. La guérison a été ainsi plus vite obtenue, en moyenne seize jours et demi. Tous les cas ont guéri.

KATZ (Kaiserslautern). — Appareil électrique universel pour cabinet médical.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des polypes dermoïdes du pharynx, par PAUL CARAGUEL, *Thèse de Paris*, 1906-1907, 62 pages (Michalou, éditeur).

On rencontre dans le pharynx des productions de petit volume, pédiculées revêtues d'une enveloppe extérieure présentant tous les caractères de la peau normale et constituées à leur partie centrale par du tissu conjonctif, des fibres musculaires striées, des vaisseaux et parfois du cartilage ou de l'os. Ces productions auxquelles on a donné le nom de polypes dermoïdes sont très peu nombreuses. On n'en compte pas plus d'une quinzaine dans la littérature médicale.

Lannelongue et Achard dans leur traité des kystes congénitaux ont réuni la plupart des cas observés.

Depuis la thèse de Decloux (1900) aucun travail n'avait été publié. L'auteur présente une nouvelle étude sur cette question.

Après une introduction concernant l'histologie normale de la région chez le fœtus et chez l'adulte, il passe en revue la symptomatologie, l'anatomie pathologique et l'étiologie, en insistant sur quelques points intéressants. Dans un autre chapitre il décrit l'évolution des arcs et des poches branchiaux. Cette description est nécessaire, car la production des polypes dermoïdes du pharynx est en relation directe avec ces formations embryonnaires et leur pathogénie ne peut se comprendre facilement qu'après cette étude un peu détaillée.

L'auteur décrit les caractères de la muqueuse pharyngienne et montre qu'il est impossible d'y trouver des parties normalement

recouvertes d'une couche analogue à la peau et à ses annexes, chose qui appartient en propre aux productions dermoïdes insérées à ce niveau.

Les polypes dermoïdes du pharynx ont une forme régulière cylindrique ou ovoïde, parfois multilobulée et se composent d'une masse principale piriforme à grosse extrémité dirigée vers le pharynx et d'un pédicule assez long, plus mince que le corps.

Leur largeur est celle du petit doigt d'un adulte, parfois celle du pouce.

Leur longueur est de 4 à 5 centimètres environ.

Leur point d'insertion est variable (orifice de la trompe, partie postéro-supérieure du voile, face postérieure du pilier postérieur ou partie supérieure du pharynx).

On peut ranger les *sympômes* en trois catégories : 1° *Sympômes fonctionnels* liés à la présence de ces polypes au niveau des voies digestives et respiratoires: On a noté de l'enchifrènement chronique, de l'obstruction nasale. La voix est nasonnée, il peut se produire de la dysphonie ou de l'aphonie. On peut observer de la toux survenant par quintes convulsives et des crises de suffocation avec asphyxie imminente:

Les névralgies dans le domaine du maxillaire supérieur ne sont pas rares.

La présence de la tumeur détermine des nausées par spasme du pharynx, de la dysphagie avec sensation de corps étrangers.

2° *Sympômes physiques*. — À la vue on constate une tumeur blanc-grisâtre, parfois rosée, lisse, couverte de petites arborisations vasculaires. Sa surface, est parcourue par des sillons parallèles, dans lesquels s'insèrent des poils plus ou moins tenus.

Pour constater ces polypes la rhinoscopie postérieure est quelquefois nécessaire. Par le toucher on constate une masse ferme, arrondie, dont on peut apprécier le volume, la mobilité, le point d'implantation.

3° *Signes généraux*. — Ils sont presque toujours peu accusés et n'apparaissent que par suite de l'évolution lente de la tumeur.

Ces polypes sont toujours unilatéraux et uniques. Ils sont recouverts d'une enveloppe cutanée divisée en une couche superficielle épidermique et une couche profonde choriale, séparées par une membrane basale.

Les polypes dermoïdes du pharynx sont toujours d'origine congénitale. Le sexe paraît indifférent. L'influence héréditaire est nulle. Il s'agit probablement « d'un trouble de nutrition survenu

dès la période blastodermique, ayant produit une simple végétation d'un arc branchial » (Lannelongue).

Ce sont de véritables tératomés. Leur point d'implantation présente des rapports étroits avec le trajet intra-pharyngien des fentes branchiales embryonnaires ; elles paraissent provenir d'un développement anormal du mésoderme branchial vers l'intérieur de la cavité buccale.

Le *diagnostic* doit être fait avec les polypes fibreux naso-pharyngien, qui s'accompagnent de trouble de l'olfaction, saignent facilement et ont une évolution rapide ; avec les polypes fibromuqueux qui n'ont pas de revêtement épidermique avec poils. Les tumeurs kystiques de la partie postéro-supérieure du pharynx, seront différenciées par la rhinoscopie postérieure, grâce à leur aspect translucide. Les lipomes, les fibromes, les angiomes, les enchondromes, les ostéomes, tumeurs exceptionnelles ne présentent jamais d'enveloppe cutanée.

Les sarcomes, les carcinomes et les épithéliomes se distinguent des polypes dermoïdes, parce qu'ils déterminent des douleurs vives, un retentissement ganglionnaire précoce, une cachexie rapide. Chez l'enfant, il faudra penser aux abcès rétro-pharyngiens et aux abcès ossifluents du mal de Pott.

Le *pronostic* est bénin, l'ablation de ces tumeurs met le sujet qui en est porteur à l'abri des accidents de suffocation et de dysphagie et n'est jamais suivie de récurrence.

ROBERT LEROUX

Anatomie pathologique de l'épithéliome primitif du corps thyroïde, par A. HANDELSMANN. *Thèse de Paris*, 1906-07. 52 pages, (Bonvalot-Jouve, éditeur).

Les épithéliomes du corps thyroïde sont assez rares. Ils surviennent généralement chez des individus atteints de goîtres chroniques. Ils sont plus communs dans les régions où s'observent les goîtres endémiques.

L'envahissement du corps thyroïde par le cancer est limité. Le plus souvent un seul des lobes est intéressé ; plus rarement tout l'organe est atteint.

Dans la plupart des cas, on retrouve des parties de glande avec leur aspect colloïde normal, ou avec des kystes, tels qu'on les rencontre dans les goîtres vulgaires (adénomes kystiques du corps thyroïde).

Macroscopiquement, la glande atteinte d'épithéliome est hypertrophiée dans la portion envahie. A la coupe, on trouve un tissu mollasse, grisâtre, donnant par le raclage un suc abondant.

Au microscope on peut distinguer deux espèces de cancer :

Première variété. — C'est un épithéliome tubulé ou lobulé à cellules polyédriques ou pavimenteuses. Dans cette forme on trouve, à côté d'aréoles normales, d'autres aréoles en voie de transformation cancéreuse. Dans ces dernières, les cellules se multiplient rapidement, deviennent volumineuses, polyédriques et présentent un gros noyau. De cette multiplication cellulaire, résulte la destruction de la substance colloïde. Les figures de karyokinèse sont nombreuses.

La lésion se développe bien dans les aréoles mêmes du corps thyroïde, car au milieu d'elles, on retrouve une gouttelette de substance colloïde.

Le tissu conjonctif qui entoure les alvéoles, présente une multiplication des cellules, une vascularisation anormale, un nombre plus ou moins grand de cellules cancéreuses. Cet épithélioma peut s'accompagner d'une inflammation leucocytaire déterminée par la présence de microbes. Cette variété est assurément la plus grave au point de vue de son extension, de l'envahissement des ganglions voisins, et de sa généralisation.

Deuxième variété. — Il en existe moins d'exemples. Ce sont des épithéliomes papillaires ou villex à cellules cylindriques. Ils doivent être distingués anatomiquement d'avec les kystes à végétations papillaires de nature bénigne que l'on rencontre dans les goîtres simples. Au cas d'épithéliome, il s'agit d'alvéoles tapissées par de grandes cellules d'épithélioma cylindrique et de boyaux remplis par ce même épithélium métatypique.

Dans ces deux variétés d'épithéliome, le tissu voisin peut être envahi ainsi que les ganglions. On a noté des perforations de la trachée par des bourgeons cancéreux. On a trouvé des nodules secondaires dans le poumon.

Il est difficile de confondre le cancer thyroïdien avec les autres tumeurs de cette glande. L'examen à l'œil nu et au microscope suffiront pour en affirmer le diagnostic.

Quant à la genèse du cancer du corps thyroïde elle est encore à discuter. Depuis que Lannelongue et Wolkmann ont attiré l'attention sur les inclusions fœtales, on s'est demandé si des inclusions fœtales n'étaient pas l'origine des tumeurs thyroïdiennes. Cette opinion ne semble pas prévaloir en ce qui concerne les deux types de tumeurs étudiés. Le mélange d'alvéoles cancéreux et d'alvéoles normaux, les modifications que subissent les cellules épithéliales de ces derniers avant de devenir cancéreuses semblent suffisants pour affirmer l'origine purement thyroïdienne de ces tumeurs.

ROBERT LEROUX.

La mort subite chez l'enfant, par M. BRELET, *Thèse de Paris*, 1906-07, 231 pages (Rousset, éditeur).

L'auteur étudie la mort subite en général. Nous n'analyserons de ce travail que les faits ayant trait à l'oto-rhino-laryngologie.

La mort subite peut survenir au cours de maladies infectieuses et parmi celles-ci deux peuvent intéresser le laryngologiste : la coqueluche et la diphtérie.

La mort subite au cours de la *coqueluche* est rare. Elle peut résulter du seul fait de la quinte par hémorragie méningée, ou survenir à la suite d'une quinte par spasme glottique ou convulsion. En ce cas l'inspiration finale fait défaut : la cage thoracique est en expiration, la glotte est fermée, l'enfant asphyxié. Pour Marfan, il ne s'agit pas de spasme glottique, mais de spasmes des muscles expiratoires.

L'étude de la mort subite au cours de la *diphtérie* rentre dans le cadre de la médecine générale.

Les soi-disant cas de mort subite à la suite d'injection de sérum antidiphtérique n'existent pas.

La mort subite dans l'*abcès rétro-pharyngien* a été très complètement étudiée dans la thèse de Thoyer-Rozat.

Elle a lieu au moment de l'incision de l'abcès ou à un moment quelconque de la maladie. La chute du pus dans les voies aériennes est admise, comme cause, mais ces cas sont très rares. La mort peut être expliquée par hémorragie due à la rupture d'un gros vaisseau (cas exceptionnel) par asphyxie due à un spasme glottique, par arrêt du cœur, dû à une action réflexe.

Déguy admet aussi la mort par syncope, d'origine réflexe pharyngée (syncope respiratoire). Viannay indique comme cause, le spasme de la glotte par irritation du récurrent ou l'arrêt du cœur par irritation du pneumogastrique.

Dans les cas de *méningites aiguës*, survenant comme complication d'otite, la marche de l'affection peut être silencieuse et se terminer par la mort subite.

Les *abcès intracrâniens* peuvent amener la mort rapide, mais ce sont surtout les *abcès otitiques du cervelet* qui déterminent la mort subite. On trouve dans la thèse de Bourgeois plusieurs observations de ces faits.

Cet auteur insiste sur la fréquence de la mort brusque dans l'abcès cérébelleux, par compression du bulbe. Cette notion a une importance pratique considérable. Elle montre qu'il ne faut pas temporiser dès que l'indication opératoire est posée.

C'est quelquefois à l'entrée des voies aériennes dans le *rhinopharynx* qu'il faut chercher la cause de la mort subite chez le tout jeune enfant ; aussi Simmonds conseille-t il au point de vue médico-légal d'examiner toujours le nez (et aussi les oreilles) des jeunes enfants morts subitement. Vibert admet qu'en dehors des cas d'hypertrophie du thymus ou de spasmes phréno-glottiques, la mort subite pendant le sommeil peut être expliqué par un obstacle à la respiration qui par voie réflexe arrête immédiatement toutes les fonctions nerveuses, principalement les fonctions respiratoires. Pour lui le sommeil crée chez les petits enfants une aptitude spéciale à subir les actions inhibitrices.

Les *corps étrangers* des voies aériennes provoquent rarement ainsi que l'a montré Boulay, la mort subite par inhibition, au moment de l'entrée du corps étranger dans le larynx avant toute crise de suffocation. Les seuls cas intéressants sont dûs à la présence de lombrics, à l'introduction du chyme dans les voies respiratoires, ou à la rupture dans la trachée ou les bronches d'un ganglion trachéo-bronchique caséeux.

La mort subite peut être la conséquence d'une *laryngite striduleuse* ; cependant le faux croup grave se terminant par la mort brusque n'est pas fréquent. Parfois il s'agit d'un enfant trachéotomisé, qui meurt subitement quand on retire la canule.

Au cas d'adénopathie-trachéo-bronchique, l'ulcération a lieu dans un cinquième des cas ; le contenu peut être expulsé par la toux ou obstruer les voies aériennes et déterminer l'asphyxie.

La mort subite par *hypertrophie du thymus* a été très étudiée : malgré tout, la question reste obscure.

Après la naissance le thymus augmente de poids, il s'étale et perd en épaisseur ce qu'il gagne en hauteur.

Si diverses conditions se trouvent réunies (congestion brusque du thymus, hyperextension de la tête) la mort subite peut avoir lieu par asphyxie du fait de la compression des bronches et de la trachée.

ROBERT LEROUX.

Circulation artérielle et veineuse du massif maxillaire supérieur,
par COULOMB, (*Thèse de Bordeaux*, 1907).

Les artères qui irriguent le massif maxillaire supérieur proviennent de la maxillaire interne par quatre de ses branches : l'artère alvéolaire, l'artère sous-orbitaire, l'artère palatine supérieure et l'artère sphéno-palatine. Trois autres, la faciale, la temporale superficielle et l'ophtalmique participent accessoirement à cette irrigation.

Les débouchés veineux sont le plexus alvéolaire et le plexus ptérygoïdien qui collectent le sang lequel se rend ensuite dans la faciale (jugulaire interne) soit dans la maxillaire interne (jugulaire externe).

Il est aisé de distinguer sept territoires terminaux dans la distribution vasculaire, artérielle et veineuse, du massif maxillaire supérieur :

- 1° Territoire périostique ;
- 2° Territoire osseux ;
- 3° Territoire du sinus maxillaire ;
- 4° Territoire de la gouttière lacrymo-nasale ;
- 5° Territoire gingival ;
- 6° Territoire alvéolo-dentaire ;
- 7° Territoire dentaire.

Il n'y a pas de circulation propre à l'os intermaxillaire, ceci étant prouvé, non seulement par les recherches de l'auteur chez l'homme, mais encore par l'anatomie comparée.

Par suite, s'il y a dualité au point de vue osseux dans le maxillaire supérieur, il y a unité au point de vue circulatoire.

Il est à remarquer qu'il y a abondances de rameaux vasculaires dans n'importe quel territoire ; mais tous ces rameaux sont grêles et suffisent à peine à la nutrition.

La pauvreté artérielle explique le manque de réaction ostéogénique du périoste après les résections soit totales, soit partielles du maxillaire supérieur.

L'insuffisance des voies de retour, une seule veine pour une artère, nous fait comprendre la fréquence relative des infections de cette région, en particulier des sinusites et des périodontites.

Enfin les nombreuses anastomoses artérielles et surtout veineuses qui relient les vaisseaux nourriciers du maxillaire supérieur aux vaisseaux faciaux et ophtalmiques, et indirectement aux vaisseaux intra-craniens, éclairent la pathogénie de la plupart des thrombo-phlébites du sinus caverneux.

M. PHILIP.

Les procédés autoplastiques dans la cure radicale de l'otorrhée,
par HERMANN (*thèse de Bordeaux, 1906*).

Les procédés autoplastiques proposés comme temps terminal de l'opération de la cure radicale de l'otorrhée répondent à deux grandes méthodes :

a) Méthode d'ouverture rétro-auriculaire permanente (Procédés de Kretschmann, de Passow, de Stacke) à laquelle on doit joindre :

a) Les procédés de fermeture tardive de l'orifice rétro-auriculaire et qui doivent répondre aux règles générales suivantes : La paroi d'occlusion doit avoir sur ses deux faces du tissu épidermisé ou épidermisable. Les lambeaux ne doivent pas être taillés dans la peau qui tapisse la cavité épidermisée. — Une bonne autoplastie doit empêcher la chute du pavillon. Il suffit d'employer des lambeaux cutanéopériostés ou simplement cutanés. Les procédés les plus employés sont ceux de Stacke, de Mosetig-Moorhof, de Passow, de Trautmann, de Lermoyez et Mahu, de Laurens, auxquels on doit ajouter l'avivement pur et simple des lèvres de l'incision rétro-auriculaire.

b) Méthode de fermeture de la plaie rétro-auriculaire, et qui s'accompagne d'intervention sur le conduit auditif, afin de parer à l'atrésie de cet organe et de mieux surveiller la cavité opératoire. Divers procédés sont mis en œuvre pour cette intervention :

1° Méthodes procédant par résection (Zaufal, Moure, Delsaux).

2° Méthodes procédant par taille de lambeaux aux dépens du conduit seul (Stacke, Panse, Botey).

3° Méthodes empruntant des lambeaux au conduit et à la conque (Kœrner, Siebenmann).

4° Méthodes empruntant des lambeaux ailleurs qu'au conduit et à la conque (Forselles, Goris).

L'auteur fait ensuite la critique de la méthode rétro-auriculaire permanente dont les inconvénients principaux sont : un caractère inesthétique indiscutable ; une guérison lente et difficile ; de graves dangers d'infection secondaire.

La méthode de fermeture de la plaie présente, réunis le plus grand nombre d'avantages : L'esthétique n'est pas sacrifiée ; la guérison est rapide et sûre. Peu ou pas de dangers d'infection secondaire. Les contre indications de la fermeture immédiate se réduisent aux cas de complications graves, abcès du cerveau, phlébite suppurée du sinus, abcès extra-dural ; le cholestéatome peut être surveillé par le conduit.

Quant aux procédés autoplastiques proprement dits, tous sont bons. Ils donnent suivant celui qu'on emploie un orifice méatique variable comme grandeur, et l'on utilisera chacun d'eux suivant l'étendue de l'orifice d'évidement et de la voie de surveillance que l'on voudra obtenir.

M. PHILIP.

Etudes anatomo-cliniques sur la paroi labyrinthique de l'oreille moyenne, par T. BENOIT-GONIN (*Thèse de Bordeaux*, 1907).

Travail consciencieux dans lequel l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° L'embryologie et la pathologie établissent d'étroites relations entre la paroi interne de la caisse proprement dite et la paroi interne de l'antre.

2° Le canal pétro-mastoidien, qui fait suite à la fossa subarcuata, existe d'une façon presque constante, et en vertu de ses connexions avec la paroi interne de l'antre, il est une voie importante pour la propagation des infections auriculaires vers la fosse cérébelleuse. La propagation infectieuse se fait soit par continuité de tissu entre la muqueuse antrale et la dure-mère cérébelleuse, soit par un processus emboligène charrié par les vaisseaux du canal, qui communiquent avec le sinus pétreux supérieur et les vaisseaux de la dure-mère proprement dite.

3° La face interne de l'antre est celluleuse dans toute sa partie postérieure et ces cellules communiquent largement avec les groupes sus-antral, sus-labyrinthique, et les cellules mastoïdiennes, parfois avec les cellules de la paroi postérieure du conduit auditif externe. C'est dans le fond d'une de ces excavations que vient déboucher le canal pétro-mastoidien quand il se prolonge presque dans la lumière de l'antre, sinon c'est dans le groupe cellulaire qui occupe l'angle dièdre formé par les canaux demi-circulaires supérieur et externe. Répondant en général à la fosse cérébelleuse, la paroi interne contracte dans certains cas des rapports assez intimes avec le sinus latéral.

4° Le canal demi-circulaire externe ou horizontal justifie anatomiquement la première de ces appellations et physiologiquement la seconde. La situation par rapport au plan horizontal est intimement liée à l'orientation du vestibule labyrinthique. Rarement horizontal chez l'homme, il est presque toujours oblique en bas en arrière et en dedans. L'anthropoïde offre les mêmes caractères plus accusés ; les quadrupèdes au contraire ont un canal franchement horizontal. La disposition constatée chez l'homme est un vestige de la rotation incomplète qu'a dû effectuer le canal pour s'adapter dans le plan horizontal quand la station est devenue bipède. Les abouchements vestibulaires de ce canal se font, pour les classiques, à la paroi supérieure du vestibule. L'auteur les a trouvés toujours à la paroi postérieure, chez l'enfant comme chez l'homme. Des trois canaux demi-circulaires, c'est l'externe qui a

les rapports les plus intimes avec la caisse, c'est aussi celui qui réagit le plus souvent dans les affections de cet organe et il est le siège préféré des périlabyrinthites dans les otites moyennes aiguës.

5° Le facial dans sa deuxième portion, affecte avec la lumière du canal demi-circulaire des rapports variant avec l'âge. Il lui est parallèle dans l'enfance, ou sinon il en est plus rapproché en arrière qu'en avant ; chez l'adulte c'est le contraire. Les rapports les plus intimes entre les lumières des deux canaux ont lieu au niveau de la partie pré-ampullaire du canal externe. Il n'y a parfois pour les séparer qu'une barrière d'un dixième de millimètre d'épaisseur.

Contrairement à l'opinion de Bourguet, l'auteur estime que l'aqueduc de Fallope forme directement la voûte de la fosse ovale, un plan rasant le bord supérieur de la fenêtre étant tangent à la paroi inférieure de l'aqueduc.

6° La fosse ovale est rarement limitée de toutes parts et communique très souvent en arrière et en bas avec le sinus tympani. La fenêtre tire sa forme de son bord inférieur, elle occupe la partie déclive de la paroi externe du vestibule et surplombe sur l'os sec le tiers externe de la circonférence du limaçon ; sur l'os frais, elle continue à l'insertion de la lame spirale membraneuse.

7° L'existence du sinus tympani est constante chez l'homme. Par ses rapports, il constitue un danger pour le deuxième coude du facial. Son développement coïncidant avec celui du tissu pneumatique peut le faire considérer comme l'homologue des cellules mastoïdiennes servant très souvent de trait d'union entre ces dernières et le groupe du récessus hypotympanique.

8° La fenêtre ronde justifie rarement son nom. Elle est triangulaire parfois, le plus souvent ovale ; contrairement à l'opinion des classiques, elle regarde en bas, en arrière et en dedans, non pas en dehors. C'est l'ouverture de la fossette ronde qui a cette dernière orientation, due au refoulement en dehors par le limaçon de la paroi labyrinthique.

La différence d'orientation entre la fenêtre et l'orifice de sa fossette tient à l'inégalité de longueur des diverses parois de cette dernière. L'obliquité de la fenêtre est fonction de celle du limaçon à son origine, et de ce mode d'origine dépend en grande partie la forme de la rampe tympanique. Cette dernière apparaît sur des coupes sérieuses, diversement configurée, à cause du mouvement de torsion de la lame spirale qui transforme peu à peu sa paroi supérieure en paroi externe.

9° Le promontoire, parallèle au plan du canal externe chez l'homme tend, chez les animaux à devenir perpendiculaire, et il communique son mouvement aux deux fenêtres qui, sur une même verticale dans l'oreille humaine se rapprochent de l'horizontale chez les autres mammifères.

10° Tandis que dans l'enfance le promontoire confine au plancher de la caisse, chez l'adulte se trouve interposée entre ces deux régions une zone celluleuse triangulaire à sommet antérieur. C'est dans une des cavités pneumatiques de cette zone que débouche souvent le canal tympanique. Souvent il y a communication entre ce groupe cellulaire et le groupe sous-labyrinthique, parfois, par un processus rongeur, on trouve à leur place un énorme récessus sous-labyrinthique.

11° Parfois cette partie déclive de la paroi interne se voit considérablement amincie par la fosse jugulaire, ce qui crée un danger pour la paracentèse du tympan. La fosse doit sa forme de dôme irrégulier à l'inégale résistance des tissus aux dépens desquels elle prend son extension et dans son mouvement envahissant, elle empiète sur les régions voisines (interruption de l'aqueduc du vestibule, diminution de la crête la séparant de la carotide, et par suite, disparition dans cette crête du canal tympanique qui s'ouvre alors au fond de la fosse) et vient former une saillie dans la fosse cérébelleuse, sur la paroi postérieure de la pyramide du rocher.

Les déhiscences de la fosse jugulaire sont rares.

12° Le canal carotidien est toujours situé en avant du limaçon, sans connexion avec la paroi labyrinthique.

13° Contrairement à l'opinion des classiques, la pyramide de l'étrier naît de la paroi postérieure de la caisse du tympan.

M. PHILIP.

Trachéotomie et thyrotomie, par GIUDICE (Th. Bordeaux, 1906.)

La thyrotomie, c'est-à-dire l'ouverture du larynx par la section médiane du cartilage thyroïde est une opération fort ancienne. Son histoire doit cependant comprendre quatre étapes marquées chacune par une des dates suivantes :

1788. Thyrotomie d'emblée (Pelletan).

1862. Trachéo-thyrotomie en deux temps, la canule restant en place après l'opération (Chassaignac).

1891. Trachéo-thyrotomie en un seul temps, la canule restant en place après l'opération (Moure).

1901. Trachéo-thyrotomie en un seul temps et suture de la plaie laryngo-trachéale (Moure).

Après avoir exposé les indications de la thyrotomie (corps étrangers, tumeurs bénignes, tumeurs malignes du larynx), l'auteur envisage les cas où une trachéotomie préalable est indiquée : Si elle est inutile dans les cas de corps étrangers, ou dans quelques cas de polypes pédiculés du larynx chez l'adulte, elle devient utile dans le cas de papillomes récidivants de l'enfance et absolument indispensable dans le cas de tumeurs malignes.

Cette intervention préalable présente de gros avantages :

a) Pendant l'opération :

- 1° Elle facilite la narcose ;
- 2° Elle isole complètement le larynx en le rendant comparable à une cavité inerte dans laquelle le chirurgien peut se livrer à son aise à toutes les manœuvres nécessitées par le cas qu'il opère, sans crainte d'accès de suffocation ou de pénétration de sang dans les voies aériennes ;
- 3° Elle rend l'opération plus sûre, plus rapide, plus complète ;
- 4° L'emploi de la canule plate de Moure offre l'avantage de ménager le plus qu'il est désirable les anneaux de la trachée.

b) Après l'opération.

S'il devient utile, par suite de sténose glottique, de placer une canule dans la trachée le jour ou le lendemain de l'opération, l'ouverture de la trachée est excessivement facile, ne consistant qu'à désunir des tissus agglutinés et ne saignant pas, au cas où la trachéotomie a précédé la thyrotomie. Dans le cas contraire, elle est très laborieuse, et, par l'hémorragie inévitable qu'elle provoque, elle expose le malade aux complications broncho-pulmonaires.

L'opération faite, la canule devra être laissée en place toutes les fois que la respiration ne pourra être parfaitement assurée par les voies naturelles, ou quand on aura à craindre l'œdème des replis aryéno-épiglottiques, l'immobilisation des aryénoïdes, une sténose quelconque de la glotte, ou une récurrence du néoplasme.

Sinon, toutes les fois que le larynx reste perméable, il y a avantage à faire la suture immédiate de la trachée. Cette suture :

- 1° Evite les complications septiques pulmonaires ;
- 2° Evite les inconvénients du port prolongé de la canule : ulcérations de la paroi antérieure de la trachée, rétrécissements con-

sécutifs amenant une gêne de la déglutition et la difficulté de la décanulation ultérieure ;

3° Hâte considérablement la guérison du malade ;

4° Permet d'obtenir une cicatrice très peu apparente et sans adhérence aux plans profonds.

Il suffit, pour éviter la production d'emphysème de laisser une boutonnière à la partie inférieure de la plaie.

Pendant les 48 heures qui suivent l'opération, on doit, par l'examen laryngoscopique, s'assurer que le larynx du malade est bien perméable et se tenir prêt à replacer la canule si des phénomènes de sténose glottique viennent à se produire. M. PHILIP.

ANALYSES

Végétations adénoïdes du pharynx, par C.-W.-M. BROWN (*Therapeutic Gazette*, 15 janvier 1905, p. 7).

Ce travail est une mise au point de la question des végétations adénoïdes, au point de vue du diagnostic de la lésion, des complications, de l'intervention et des complications possibles de l'opération. L'auteur rapporte 3 cas personnels d'enfants porteurs de tares dues aux végétations adénoïdes. A propos de la tuberculose de l'amygdale pharyngée il cite la statistique de Lewin (5 cas sur 100), et celle de Nicoll et Lartigan de New-York (12 sur 15). La surdité est notée par Blake de Boston, 39 fois sur 47 cas. Evans de Louisville a eu 1 cas de mort par le protoxyde d'azote. Halsted de Syracuse recommande les injections d'atropine avant de donner le chloroforme.

A. RAOULT.

Polypes fibro-muqueux naso-pharyngiens. Leur origine dans le sinus maxillaire, par E. V. SEGURA (*Revue hebdomadaire de laryng. d'otol. etc.*, 15 décembre 1906).

Pour Segura, comme pour Killian, la véritable origine et le point réel d'implantation des polypes fibro-muqueux naso-pharyngiens se trouve dans le sinus maxillaire. Dans 3 cas, en opérant par la voie canine, S. a pu suivre le pédicule jusqu'à son point d'implantation.

Le sinus maxillaire présentait des masses polypeuses avec un épaissement œdémateux de la muqueuse. Avec Jacques et Ruault, Segura reconnaît que ces polypes ne sont pas des tumeurs myxomateuses mais simplement des hypertrophies œdémateuses localisées.

Segura opère par la voie nasale. Avec le crochet de Lange il charge le pédicule dans le méat moyen et l'arrache par des tractions progressives ; la tumeur tombe dans la cavité buccale d'où le malade la rejette. S'il y a des récidives, de la céphalée, des phénomènes oculaires, on pratiquera une opération plus radicale et on interviendra par la voie canine.

Suivent 6 observations qui viennent à l'appui de ces dires.

OBSERVATION I. — Volumineuse tumeur fibro-myxomateuse qui remplit toute la fosse nasale gauche, le naso-pharynx et obstrue l'autre fosse nasale. Extirpation de la tumeur en deux temps à l'anse froide. Récidive sous forme d'une tumeur du naso-pharynx ; pédicule qui part du méat moyen et pénètre dans le sinus maxillaire. Ouverture du sinus par la voie canine : le pédicule du polype s'implantait sur la muqueuse du sinus à 1 centimètre du bord inférieur de l'ostium, plusieurs autres polypes dans l'intérieur du sinus.

OBS. II. — Polype énorme de la fosse nasale gauche et du naso-pharynx. Extirpation à l'anse froide par la voie nasale puis par la voie buccale. Large communication naso-maxillaire ; un stylet introduit dans le sinus donne la sensation nette d'autres polypes dans son intérieur. Récidive sous forme de petits polypes insérés sur les bords de l'ostium ; céphalées répétées. Opération par la voie canine, curettage, guérison.

OBS. III. — Tumeur naso-pharyngienne, d'aspect fibro-myxomateux, repoussant le voile en avant, à pédicule partant du méat moyen et pénétrant dans le sinus par l'ostium. Le pédicule est arraché et rompu à l'aide du crochet de Lange.

OBS. IV. — Même tumeur naso-pharyngienne à pédicule sinusal arraché par une traction à l'aide du crochet de Lange.

OBS. V. — Tumeur occupant les deux tiers postérieurs de la fosse nasale gauche, descendant dans le naso-pharynx, à pédicule sinusal. Opérée par la voie canine. Polypes et kystes dans le sinus maxillaire.

OBS. VI. — Masse polypeuse reposant sur le plancher et pédiculisée au niveau du méat moyen. Le crochet de Lange la ramène en avant, ce qui permet son extraction à l'anse froide.

A. HAUTANT.

Fibro-épithéliome kystique de la voûte pharyngée, par R. HAHN et A. SACERDOTE (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 10 et 11, 1906).

Il s'agit d'une tumeur à accroissement lent, développée dans le rhino-pharynx, et qui, par ses caractères anatomiques, diffère de toutes les tumeurs de la même région, déjà décrites.

Homme, âgé de 36 ans, présente, en 1895 et 96, de l'obstruction nasale avec abondante sécrétion mnqueuse, forte céphalée frontale et occipitale et, à deux reprises, pendant plusieurs mois, une paralysie du muscle droit externe de droite, puis du droit externe gauche.

La rhinoscopie antérieure montre les deux fosses nasales obstruées par une masse de couleur gris rose, de consistance fibreuse, provenant de la voûte du cavum, ne saignant pas. La rhinoscopie postérieure fait voir une tumeur du volume d'une noix, rosée, mamelonnée, implantée sur la voûte. A la palpation, tumeur immobile, de consistance uniformément dure. Pas de ganglions. Il y a une paralysie des deux nerfs abducteurs. En tentant d'enlever un morceau pour le soumettre à un examen microscopique, on fait jaillir un liquide jaune clair, qui s'écoule pendant quelques jours. Cet écoulement calme la céphalée et améliore la paralysie de la sixième paire. Il y avait dans la tumeur une cavité de 1 centimètre environ de diamètre.

Huit séances d'électrolyse font presque disparaître l'obstruction nasale et améliorent considérablement la paralysie du droit externe, et diminuent la tumeur. Puis, malgré la continuation de l'électrolyse, la paralysie reparait ainsi que la céphalée. En même temps survient une diminution de la sensibilité gustative sur la moitié droite de la langue, de la sensibilité tactile sur la moitié droite du visage. On pratiqua plusieurs ponctions dans la tumeur : sensation de pénétrer dans une cavité ; amélioration de la diplopie et de la céphalée. Reprise de l'électrolyse, qui aboutit à la disparition presque totale de la tumeur ; mais le liquide continue à sourdre dans le cavum sans que l'on puisse voir par quel orifice il s'écoule. Tous ces symptômes évoluent pendant l'année 1897.

Pendant les trois années suivantes, état relativement bon. Par moments, reprise de l'occlusion nasale, de la diplopie et de la céphalée coïncidant avec un arrêt de l'écoulement du liquide.

Réapparition permanente de tous ces symptômes avec amaigrissement en mai 1901. Récidive de la tumeur. Des ponctions exploratrices font sourdre quelques centimètres cubes de liquide.

Reprise de l'électrolyse qui détruit la tumeur et laisse simplement la voûte du cavum considérablement épaissie.

En février 1902, toute la série des phénomènes morbides se manifeste de nouveau. Le néoplasme est devenu plus dur et de consistance osseuse. Etat général aggravé. Refus d'une intervention chirurgicale. L'électrolyse ne donne plus d'amélioration. Paresthésie de la moitié droite de la langue et du visage. Avec une pince emporte-pièce on enlève une partie de la tumeur ; réapparition du liquide. Amélioration qui persiste en 1903 et 1904.

Reprise des phénomènes au début de 1905 : céphalée intense, vertiges, un peu de névrite optique. Dans le cavum, masse globuleuse non ulcérée. Pas de ganglions. L'électrolyse détruit cette tumeur, mais les symptômes persistent. Très mauvais état général. Mort par des phénomènes pulmonaires. Pas d'autopsie.

L'examen histologique des fragments montre que cette tumeur était composée de corps épithéliaux et d'un stroma.

Les éléments épithéliaux bien stratifiés ont une disposition en cordons s'anastomosant en réseau. Les cellules épithéliales rappellent celles de la muqueuse buccale. Les unes ont subi une transformation muqueuse ; d'autres s'agglomèrent en perles épithéliales semblables à celles des cancroïdes. Le nombre des figures de caryocinèse est minime.

Le tissu conjonctif est formé de faisceaux de fibres collagènes riches en cellules fusiformes. Par endroits il subit la raréfaction hyaline. Par suite de cette transformation régressive la tumeur paraît formée par des kystes de grandeurs assez différentes à parois limitées par un épithélium cylindrique. Par endroits, il y a des trabécules osseuses.

Il s'agit donc d'une tumeur fibro-épithéliale kystique. Elle se différencie nettement des cancers. La formation des kystes, précédée de la transformation de l'épithélium en éléments étoilés, la rapproche des kystes adamantins et des tumeurs dites adamantinomes. Peut-être cette tumeur dérivait-elle de germes d'épithélium pavimenteux du pharynx enclavés pendant le développement embryonnaire.

Il est difficile de savoir si la tumeur est à l'intérieur du crâne, au niveau des os, ou dans le cavum. Puisqu'il était assez probable qu'elle était congénitale, peut-être s'est-elle développée dans l'espace constitué par la soudure des deux parties du corps du sphénoïde, ou peut-être le long du canal cranio-pharyngien. Dans le crâne, cette néoplasie s'avancait vraisemblablement vers la base et aux côtés de la selle turcique, avait atteint des deux côtés les

sinus caverneux et par là même les nerfs abducteurs; vers la droite elle avait rejoint les deuxième et troisième branches du trijumeau. Il ne s'agit là que d'hypothèses basées sur les symptômes cliniques, puisqu'il n'y eût pas d'autopsie. On ne peut également savoir si le liquide qui s'écoulait dans le cavum était du liquide céphalo-rachidien ou le contenu d'un kyste. Cette tumeur avait une bénignité relative, sans noyau glandulaire, sans envahissement des tissus, sans métastase.

L'intérêt de cette observation vient de la lenteur de son évolution. Jusqu'ici, en effet, on n'avait décrit que quelques cas de tumeurs de la selle turcique et toujours à caractères manifestement malins.

A. HAUTANT.

1° Végétations adénoïdes du nourrisson; localisation clinique des cornages pharyngien, laryngien et bronchitique.

2° Laryngite aiguë spasmodique, par G. VARIOT (*Gazette des Hôpitaux*, 13 février 1903, n° 18, p. 207).

1° Les végétations adénoïdes du nourrisson ont un aspect clinique très particulier. L'encombrement du rhino-pharynx déjà si étroit dans les premiers temps de la vie détermine des troubles respiratoires marqués et donne lieu à un cornage pharyngien spécial.

A ce point de vue l'auteur rapporte une observation intéressante. Une mère vient consulter pour son enfant âgé de 2 mois, parce qu'il respire mal. A 8 jours, l'enfant faisait déjà un léger bruit, en respirant. Ce bruit a augmenté, mais tantôt s'atténue, tantôt s'exagère, s'accompagnant d'une toux quinteuse irrégulière, par accès. La succion est gênée; il avale sans difficulté, mais quelquefois les tétées sont suivies de regurgitations, du rejet de quelques gouttes de lait par les narines. Chaque mouvement inspiratoire et expiratoire est accompagné d'un ronflement à ton grave, saccadé. Si l'enfant ouvre la bouche, le bruit cesse; il s'accuse pendant les tétées, prédomine alors dans l'inspiration et rappelle le cornage du stridor laryngé. Si l'enfant dort, on entend un bruit de ronronnement régulier.

A l'auscultation, quelques râles insuffisants pour expliquer la toux, surtout réflexe. La bouche est constamment entr'ouverte. L'isthme du gosier est trop étroit pour qu'on puisse pratiquer le toucher rhino-pharyngien.

L'auteur fait remarquer que le cornage respiratoire peut avoir

son point d'origine dans le rhino-pharynx, dans le larynx ou dans les bronches. On peut distinguer ces trois variétés.

Le *cornage* observé dans le cas précédent, est un *cornage pharyngien*. Il est intermittent, cesse lorsque la respiration devient exclusivement buccale et s'accompagne de troubles de la déglutition. Ici, le malade présente une hypertrophie congénitale de l'amygdale pharyngée, et le diagnostic est facile. Il est parfois délicat et on peut croire à un stridor laryngien congénital.

Ce stridor est le type du *cornage laryngien*. il est constant, se produit surtout dans l'inspiration. C'est un gloussement respiratoire analogue à celui du spasme de la glotte. Il est dû à une malformation du vestibule laryngien.

Le *cornage bronchitique* est dû à l'adénopathie trachéo-bronchique du nourrisson. Il est surtout expiratoire, caractère expliqué par la compression des bronches par les masses ganglionnaires dans le deuxième temps de la respiration.

Les végétations adénoïdes du nourrisson qui déterminent une gêne permanente, doivent être opérées immédiatement. La curette évacuatrice, fait en même temps le diagnostic et le traitement.



2° L'auteur présente un malade âgé de 4 ans, atteint de toux rauque et éraillée. Il s'agit d'une laryngite aiguë simple, mais le diagnostic avec la diphtérie est difficile.

L'enfant tousse depuis la veille et s'est réveillé avec une toux rauque et aboyante. La voix est un peu dysphonique. Il n'y a pas eu d'accès de suffocation, mais un tirage thoracique faisant penser au croup. Son mécanisme d'ailleurs est le même — et l'on ne peut écarter le diagnostic de croup du fait seul que ni la toux, ni la voix ne sont *complètement éteintes*. Le syndrome *toux rauque et voix claire* ne doit pas faire repousser l'idée de diphtérie laryngée.

D'autre part, il peut ne pas y avoir de fausses membranes diphtériques dans le pharynx. L'angine prémonitoire peut passer inaperçue. Mais souvent existe le *signe de l'épiglotte*, qui permet de retrouver la localisation initiale pharyngée ou plutôt buccale dans des cas étiquetés par erreur croups d'emblée.

Ce signe, dont la révélation est due à l'auteur, consiste à examiner directement l'épiglotte avec l'abaisse-langue. On y retrouve parfois sur son bord libre ou sa face convexe des dépôts membraneux.

Dans l'observation précédente, rien de semblable : aussi la diphthérie a-t-elle été écartée.

Mais, même dans ce cas, au tirage permanent déterminé par un spasme phréno-glottique peut s'ajouter un accès nouveau de *faux croup*, sous l'influence d'une excitation nouvelle. La trachéotomie peut devenir urgente.

Aussi l'auteur propose-t-il pour désigner ces formes de laryngite non diphthériques mais à pronostic réservé, le nom de *faux croup grave*.

Dans la plupart des cas cependant, la trachéotomie ne devient pas nécessaire et il suffit d'agir sur la muqueuse laryngée et les voies respiratoires, de calmer le système nerveux pour voir disparaître le tirage laryngé. Dans les cas où le moindre doute peut persister, l'injection de sérum s'impose.

ROBERT LEROUX.

Traitement chirurgical des rétrécissements de l'œsophage, par DUCHESNE (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 71, 1906).

L'auteur rappelle tout d'abord quelques notions d'anatomie et de physiologie, puis il étudie les causes du rétrécissement, qu'elles soient d'origine extrinsèque ou mieux qu'elles siègent primitivement dans l'œsophage. Il énumère les différents moyens qui nous permettent de diagnostiquer l'existence, le siège et la nature d'un rétrécissement de l'œsophage ; il insiste surtout sur la radioscopie et l'œsophagoscopie ; il estime qu'aucun des moyens ne peut être appliqué toujours et dans tous les cas, qu'ils doivent se compléter et surtout qu'ils doivent toujours être employés fort prudemment.

La cautérisation est abandonnée. L'œsophagotomie externe se pratique à peu près exclusivement pour les rétrécissements situés à la partie supérieure de l'œsophage.

L'œsophagotomie interne ne doit être pratiquée que sous le contrôle de l'œsophagoscopie qui permet de rechercher l'orifice du canal. La dilatation progressive et temporaire est le moyen le plus ordinairement employé et celui qui complète le plus souvent les autres. L'électrolyse peut être employée. On aura recours à la gastrotomie quand le rétrécissement est infranchissable.

D'après Duchesne, quand un rétrécissement de l'œsophage est constaté, il faut d'abord en déterminer le degré. Si le rétrécissement n'est pas trop accentué, on aura recours à la dilatation progressive. Si l'on constate que le calibre est considérablement rétréci, il faut alors s'aider de la radioscopie et de l'œsophagoscopie, et pratiquer, sous le contrôle de la vue, l'électrolyse ou

l'œsophagotomie interne suivis de dilatation. Dans les cas extrêmes on fera l'œsophagotomie externe ou la gastrotomie avec la modification de Glück ou la dilatation rétrograde.

A. HAUTANT.

Sur le rétrécissement spasmodique du cardia, par SENCERT (*Revue hebdomadaire de laryng., d'otol. etc.*, 14 juillet 1906).

L'endoscopie œsophagienne a permis d'étudier les spasmes idiopathiques, c'est-à-dire ceux qui ne dépendent d'aucune lésion appréciable de l'œsophage. Ces spasmes ont deux sièges de prédilection, la partie supérieure et la partie inférieure ; le travail de Sencert est consacré aux spasmes du cardia.

Zenker et Ziemmssen (1877) ont décrit les premiers cette affection, puis bientôt Strümpell, Mickulicz, Leichtenstern, Rosenheim, Gottstein en présentèrent de nouveaux cas.

Quelquefois il s'agit d'un rétrécissement spasmodique aigu : brusquement dysphagie intense, le cathétérisme révèle un obstacle infranchissable à 40 centimètres, et à ce niveau l'œsophagoscope montre la lumière œsophagienne obstruée par l'accolement des parois normales, sans que le tube puisse franchir l'obstacle, à moins qu'on ne cocaïnise la muqueuse.

Le plus souvent il s'agit de rétrécissement spasmodique chronique, affection qui est connue par quelques autopsies et un certain nombre d'observations, entre autres une inédite que rapporte Sencert. Le cas décrit par Sencert a trait à une femme âgée de 38 ans, qui présentait depuis trois ans des troubles de la déglutition caractérisés par de la dysphagie et des régurgitations, survenant surtout quand la malade avalait des aliments solides et peu mâchés, puis dans les derniers jours se manifestant même pour les liquides. Le cathétérisme montrait l'existence d'un obstacle à 43 centimètres des arcades dentaires. L'œsophagoscope montre d'abord une dilatation fusiforme de l'œsophage, puis on tombe sur le cardia absolument fermé. Sencert cocaïnise la région et à l'aide d'un cathétérisme appuyé il franchit l'obstacle : il ne découvre aucune lésion organique. Cet examen améliore l'état spasmodique.

Dans ces cas chroniques, l'image endoscopique montre une juxtaposition étroite des parois œsophagiennes et la lumière réduite se présente sous forme d'un point entouré de plis muqueux verticaux. Le siège est toujours le cardia. Quelques examens nécroscopiques ont fait voir qu'il existait dans ces cas une hyper-

trophie musculaire très considérable avec une dilatation plus ou moins considérable du segment thoracique inférieur de l'œsophage.

L'examen le plus minutieux de la muqueuse œsophagienne au point rétréci ne révèle jamais d'altération, si petite soit-elle.

Quelle est la pathogénie de ce rétrécissement spasmodique ? Avec le Prof. Bernheim, Sencert se refuse à admettre une névrose pure telle que l'hystérie, car le malade ne sent pas et ne connaît pas son cardia. On ne peut croire à une réaction exagérée des fibres musculaires du cardia, car leur hypertrophie est secondaire et non primitive. Sencert est tenté de croire qu'il s'agit de névrites viscérales, surtout d'origine périphérique : à la suite de traumatismes ou d'inflammation atténuée de la muqueuse œsophagienne il pourrait se produire des névrites parties des ramifications terminales du X.

Les indications thérapeutiques sont : nourrir le malade, empêcher la stase alimentaire dans la dilatation, combattre le spasme. L'exploration œsophagienne permet de combattre le spasme par des badigeonnages à la cocaïne ou par l'électrisation de la paroi œsophagienne au niveau de l'extrémité inférieure de la dilatation. Mais dans des cas invétérés, il faut instituer des modes de traitement plus importants : gastrotomie comme opération d'urgence, exclusion complète de l'œsophage et cathétérisme rétrograde, section de dedans en dehors de l'anneau musculaire hypertrophié comme l'a proposé Gottstein à l'instar de la pyloroplastie extra-muqueuse de Mickulicz, œsophago-gastrotomie ou mieux, d'après Sencert, exclusion du cardia.

A. HAUTANT.

Un cas d'acrobatisme lingual, par A.-G. TAPIA (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 7 juillet 1906).

L'auteur décrit un cas de mobilité anormale de la langue qui, dit-il, doit aspirer au championnat de l'acrobatisme lingual. Le sujet pouvait en effet introduire sa langue derrière le voile du palais, fermer avec elle l'une ou l'autre choane et même la faire pénétrer dans les fosses nasales, le tout avec la plus grande agilité. Le peu d'adhérence de la langue au plancher de la bouche par longueur excessive ou absence du frein, la position très avancée du voile du palais, la langue plus longue qu'à l'ordinaire et surtout la laxité exagérée de l'aponévrose du voile sont les conditions anatomiques qui expliquent cette anomalie. La faculté d'exécuter chaque mouvement de la langue avec l'unique muscle

qui le produit et une aptitude innée sont les conditions physiologiques nécessaires pour produire cet acrobatisme. A. HAUTANT.

Spasmes œsophagiens d'origine nasale, par JOAL (*Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie*, 12 mai 1906).

Joal rappelle qu'il a été le premier à attirer l'attention sur cette question, les faits de J. Rank et de Ziem n'ayant pas la même interprétation. Il publie 4 autres cas, dont l'un a déjà été mentionné dans son travail : *Odeurs et troubles digestifs*. Le spasme œsophagien d'origine nasale est donc peu fréquent, puisque Joal n'en a observé que 6 cas en vingt ans.

L'origine nasale de certains troubles dysphagiques lui paraît nettement démontrée par : 1° l'apparition des phénomènes spasmodiques au moment où se produisaient des poussées congestives de la pituitaire ; 2° leur développement consécutif à des manœuvres excitantes sur la muqueuse des cornets ; 3° la cessation momentanée des accidents par l'emploi local de la cocaïne ; 4° la guérison de l'affection par un traitement rhino-chirurgical.

Il a bien rencontré dans cinq de ces faits un certain degré d'hypochondrie. Mais il considère, dans ces observations, l'hypochondrie comme une névropathie nasale au même titre que l'œsophagisme, et non comme une condition génésique de la dysphagie.

A. HAUTANT.

Contribution à l'extirpation des tumeurs malignes de la bouche, par GORIS (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 4, 1906).

Goris se propose d'extirper les tumeurs malignes de la bouche comme les seins cancéreux, c'est-à-dire qu'il enlève d'un seul morceau tous les tissus douteux, depuis la tumeur linguale jusqu'aux dernières ramifications lymphatiques, et il extirpe ainsi non seulement la tumeur et les ganglions, mais aussi le trajet lymphatique.

Il espère obtenir une certaine asepsie de la bouche, par des soins préparatoires tels que brossage des dents et gargarisme salicylique et au moment de l'opération en brossant la langue et les joues au savon, à l'alcool, au sublimé. Il fait toujours une trachéotomie préliminaire qui permet une narcose plus facile et plus tard l'expulsion des liquides qui s'écouleront dans la trachée et sont la cause de l'infection broncho-pulmonaire. Il rejette la ligature préventive de la carotide externe comme inutile, car l'hémor-

rhagie est fort peu gênante. Il fait toujours l'hémi-résection du maxillaire inférieur ; c'est elle qui lui permet d'enlever, d'un seul tenant, la tumeur linguale, le pédicule lymphatique, la glande sous-maxillaire et les prolongements de tissu cellulaire contenant des ganglions le long de la veine jugulaire. Enfin il reconstitue le plancher buccal par une solide suture au catgut de la muqueuse de la joue avec ce qui reste de la muqueuse de la langue.

Il présente quatre tumeurs malignes de la bouche qu'il a opérées d'après ces principes : épithélioma de la joue, épithélioma du tissu de la langue, sarcome enclavant le maxillaire inférieur droit, épithélioma de la lèvre. Dans ces 4 cas l'épithélioma, le trajet lymphatique, la glande sous-maxillaire et les ganglions ont été enlevés d'une seule pièce.

A. HAUTANT.

Actinomycose primitive du cou avec propagation rapide trachéo-bronchique, par CASTAÑEDA (*Revue hebdomadaire de laryngologie, otol. et rhin.*, 19 mai 1906).

Castañeda rapporte un cas d'actinomycose à manifestations cervicales primitives, sans participation de la bouche et avec propagation rapide aux voies respiratoires. Le malade présentait trois tuméfactions situées dans la région sus-claviculaire droite, la région sous-hyoidienne, la région latérale gauche du cou ; elles étaient très dures, adhérant aux tissus et à la peau, indolores, sans retentissement ganglionnaire. L'incision montra un tissu dur, jaunâtre, infiltrant muscles et trachée, avec de la sinusite et quelques grumeaux jaunâtres remplis de pus. Au microscope, mycelium touffu avec renflements en massue. Dyspnée par infiltration trachéale.

A. HAUTANT.

Nouveaux instruments, par le Prof. GERBER (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 40, 1906).

Gerber a fait construire par Pfau (Berlin) un nouveau miroir pour l'examen de la région sous-glottique. Il est établi d'après le principe du miroir de Mackenzie, à deux articulations, il a la forme d'une seringue laryngée ordinaire. Un autre appareil servant à la compression externe du nez a été construit par Klein (Königsberg), d'après les indications de Gerber. Cet instrument pourra être employé pour la correction des déviations du nez, pour les soins consécutifs dans les opérations esthétiques d'après Jacques Joseph, et même pour le tamponnement du nez après hémorrhagie. Enfin,

Gerber a fait réunir par Pfau les instruments nécessaires aux rhino-otologistes pour l'examen du malade à domicile. Ces instruments forment une trousse commode de 0^m,49 de longueur, 0^m,10 de largeur, 0^m,02 de hauteur et d'un poids de 700 grammes.

Cette trousse contient une boîte pour la gaze ou le coton, deux petites bouteilles pour cocaïne et suprarénine, un spéculum nasal, trois spéculums d'oreille, une pince pour l'oreille, une pince pour le nez, une paire de ciseaux, un porte-coton, un abaisse-langue, un manche pour miroir du larynx, un petit miroir pour le pharynx, une sonde pour le nez, une sonde pour le larynx, l'appareil de Belloc, un tonsillotome, un manche pour les instruments suivants d'oreille : crochet de corps étrangers, aiguille à paracentèse. Le frontal doit être porté à part.

LAUTMANN.

Hémorragies après de légères opérations sur la gorge, par R. JOHNSTON (*Revue hebdom. de laryng.*, etc., 10 nov. 1906).

A la suite de cautérisations sur une amygdale chez un malade probablement hémophilique, âgé de 17 ans, hémorragies dans la fossette sous-amygdalienne. On ne put essayer que l'adrénaline, la glace, le galvano et la compression, la famille s'opposant à la ligature des piliers et à la ligature de la carotide. Mort.

Autres cas d'hémorragies de la gorge arrêtées par l'adrénaline, la compression ou le galvano. L'auteur pense que dans ces cas les styptiques n'ont aucune valeur. Il faut d'abord comprimer avec le doigt le point qui saigne. Si ce moyen ne suffit pas, au bout de deux à trois heures, il faut lier les deux piliers.

A. HAUTANT.

Calcul salivaire d'un volume rare. Récidive, par E. BAUMGARTEN (*Revue hebdomadaire de laryng.*, otol., 3 novembre 1906).

Gonflement de la partie gauche du plancher buccal : difficulté de la parole et de la mastication. Une exploration avec l'aiguille de la seringue de Pravaz donne la sensation d'un corps résistant. Ouverture aux ciseaux de la tuméfaction et extraction d'une grosse concrétion. Celle-ci avait 2 centimètres de long, 1 centimètre de large et pesait 1^{er},28. Elle était composée de phosphate de chaux. Elle était située à l'union du canal de Wharton et du canal de Bartholin et provenait vraisemblablement de la glande sublinguale. Récidive avec les mêmes symptômes.

A. HAUTANT.

Pathogénie des érysipèles spontanés de la face à répétition, par H. LAVRAND (*Revue hebdomadaire de laryng., otol. et rhin...*, 22 septembre 1906).

L'auteur a déjà étudié plusieurs fois cette question. Il estime que la plupart du temps les érysipèles spontanés de la face à répétition sortent des fosses nasales par les points lacrymaux ou par les narines; leur point de départ peut être dans les fosses nasales, mais beaucoup plus souvent dans le tissu adénoïde plus ou moins hypertrophié du cavum pharyngé. Le traitement curatif consiste alors à supprimer le tissu adénoïde du pharynx nasal, qu'il s'agisse de tumeurs adénoïdes ou de granulations.

A l'appui de cette thèse, deux observations où le curettage du cavum fit cesser un érysipèle à répétition.

A. HAUTANT.

Abcès rétro-pharyngien inférieur consécutif à l'ablation des végétations adénoïdes chez un adulte, par AKA (*Revue hebdomadaire de laryng.*, 22 septembre 1906).

Femme de 26 ans, opérée avec les précautions habituelles de végétations adénoïdes avec adénoïdite suppurée chronique. Quatorze jours après l'opération, elle présente tous les signes d'un phlegmon rétro-pharyngien inférieur, formant bourrelet au-dessus du larynx. Ouverture au galvano-cautère qui diminue les dangers d'une hémorrhagie. Guérison rapide.

A. HAUTANT.

Un jouet comme corps étranger de l'œsophage, par SIEBENMANN (*Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte*, n° 23, 1906).

Un enfant de 6 ans a avalé son jouet, un petit sifflet oval, creux, perforé au milieu, large de 0^m,024, épais de 0^m,006, qui s'est arrêté dans l'œsophage. La cure connue par la pomme de terre l'a promptement fait sortir.

Moins heureuse a été une petite fille de 3 ans, chez laquelle un jouet analogue s'est arrêté entre les deux renflements de l'œsophage. Pendant huit jours, aucun trouble. Quand l'enfant commence à refuser la nourriture solide, on l'examine aux rayons X qui montrent la présence du corps étranger, tandis que la sonde œsophagienne passe sans entrave. Une sonde à bout olivaire est arrêtée à 0^m,16. On essaye de retirer le corps étranger avec le panier de Gräfe sans résultat. L'extraction a pu se faire seulement par l'œsophagoscopie. A la suite de l'opération, un peu d'hémor-

rhagie, de l'emphysème, de la fièvre; mais guérison au bout de huit jours.

Le but de Siebenmann est de démontrer que le panier de Gräfe est au moins un instrument dangereux. L'extraction des corps étrangers de l'œsophage doit se faire par l'œsophagoscopie.

LAUTMANN.

expériences sur le goitre et son traitement, par HILDEBRAND
(*Berliner Klinisch. Wochensch.*, n° 51, 1906).

Cet article a été lu par Hildebrand à la Société médicale de Berlin. Avant d'exercer à Berlin, Hildebrand a été professeur à Bâle, où il a pu gagner une grande expérience dans le traitement du goitre. Après avoir rappelé le dérangement que l'hypertrophie de la glande thyroïde peut occasionner dans l'organisme par la compression, et par le déplacement des organes importants, trachée, œsophage, récurrent, il insiste surtout sur les difficultés qu'offre au diagnostic le soi-disant goitre plongeant. On peut même dire que la grosseur du goitre n'est pas aussi importante que l'endroit de son siège, et qu'il y a de gros goitres tombant jusque sur la poitrine, et exigeant l'opération par esthétique seule, tandis que de petites tumeurs rétro-sternales exigent impérieusement l'ablation. Sa compression de la trachée et les troubles de la déglutition sont les principales causes de la nécessité de l'opération, tandis que la raucité de la voix, la paralysie du larynx sont plutôt rares et éveillent l'idée de la malignité de la tumeur, si ces phénomènes persistent. Hildebrand ne dit rien sur les troubles de l'organisme dus à l'altération de la sécrétion thyroïdienne, il ne mentionne pas le Basedow, ni le myxœdème, ni le crétinisme.

Quant au traitement, Hildebrand ne connaît que deux moyens : l'iodeure à l'intérieur et l'opération. Quant à l'iodeure, il ne l'emploie que par la bouche, l'iode en pommade est, d'après lui, sans aucune action. Les tablettes de thyroïdine agissent par l'iode qu'elles contiennent. L'iode est indiqué seulement chez les individus jeunes, possesseurs d'un goitre parenchymateux, où les altérations kystiques ne sont pas trop développées.

Les injections d'iode intra-glandulaire (iodoforme par exemple) ne sont pas à recommander. Elles sont peu actives, et non sans danger. On a cité des cas de mort et, enfin, quand il faut opérer, l'opération devient plus difficile.

Quand le traitement par l'iode est resté sans résultat, chez les individus jeunes, et quand le goitre est surtout de nature kystique,

comme c'est le cas chez les adultes, l'opération seule peut être conseillée. S'agit-il d'un kyste unique, on peut essayer l'opération très vantée par Socin : l'énucléation du kyste. Cette opération est relativement facile, mais a l'inconvénient d'une indication restreinte (un ou deux kystes facilement enlevables) et celui d'exposer à la récurrence. Hildebrand dit que cette opération expose beaucoup à l'hémorragie, et il conseille de restreindre l'énucléation des kystes aux seuls cas où ils sont tellement superficiels qu'on voit leur contenu par transparence.

Reste l'extirpation de la glande. Celle-ci est devenue aujourd'hui une opération classique. Comme détails de l'opération, Hildebrand donne les indications suivantes. L'incision cutanée est faite en bas et forme une ligne horizontale légèrement courbe. Nous pouvons affirmer que dans un cas opéré par Sebileau (goutte énorme parenchymateux, ayant résisté au traitement par les iodures), huit semaines après l'opération, une incision de cette nature était à peine visible. Il est plus commode, dit Hildebrand, de faire de grandes incisions, l'opération est plus pénible si l'incision est basse et petite, mais l'effet esthétique est plus beau.

Il est préférable de ne pas narcotiser. Une ou deux seringues de cocaïne suppriment toute la douleur. Le malade ressent à peine quelques tiraillements et un peu de dyspnée, quand on tire la trachée.

En quelques jours, le malade est guéri. Comme suites fâcheuses, on peut constater l'augmentation de la bronchite si elle existe, voire même une pneumonie et, en dehors de toute autre complication, l'élévation de la température. Cette dernière peut être due à la résorption des tissus thyroïdiens, mais elle paraît plutôt être l'expression d'une infection légère.

Les résultats opératoires sont excellents ; sur trois cents opérations, on constate 1 cas de mort, et celui-là dû, ou à la pneumonie ou à une hémorragie secondaire, très rarement à la myocardite.

En terminant, Hildebrand s'arrête aux tumeurs malignes de la glande thyroïde :

Les porteurs de ces tumeurs peuvent avoir au début l'aspect d'une santé florissante, et peuvent être relativement jeunes. Pour le diagnostic, il faut se rappeler qu'elles englobent, plutôt qu'elles ne déplacent, les organes voisins. Leur rapport intime avec les gros vaisseaux du cou rend le pronostic de l'opération très mauvais. Sur trente goitres malins opérés par Hildebrand, deux seuls ont échappé à la récurrence, un an après l'opération. Signalons un

symptôme du goitre malin mis en relief par Albert, c'est l'inégalité pupillaire.

LAUTMANN.

Sur la participation du nerf hypoglosse à l'innervation du voile du palais, par le Prof. GERONZI (*Archiv. inter. laryngologie*, janvier 1906).

Il n'y a pas encore longtemps on considérait comme démontré que l'innervation motrice du voile avait, pour la majeure partie, son origine dans le facial et qu'une faible partie était fournie par la branche motrice du trijumeau. Mais les résultats de recherches physiologiques corroborés par une série de faits cliniques d'une valeur indiscutable avaient fait modifier cette conception ; l'innervation du voile provenait du spinal.

De nouveaux faits cliniques et quelques recherches anatomo-histologiques encore peu connues ou peu remarquées ont amené l'auteur à changer d'opinion et il lui semble qu'on ne peut plus mettre en doute la participation centrale de l'hypoglosse à l'innervation du voile.

Ce nerf est considéré comme le nerf par excellence de la phonation articulée, parce qu'il innerve la langue non seulement dans ses muscles intrinsèques, mais encore dans ses muscles extrinsèques et il est naturel qu'il innerve aussi le voile qui, pendant l'émission des sons, éprouve des mouvements continuels d'élévation et d'abaissement et règle l'intervention de la résonnance nasale.

Pour Geronzi le champ d'innervation de l'hypoglosse serait encore plus étendu qu'on ne le croit, à cause justement de la fonction phonatrice qu'il régit ; il innoverait tous les muscles qui servent à la phonation articulée ou seul, ou conjointement avec d'autres nerfs, par exemple le glosso-pharyngien et le vago-spinal dans le pharynx, les nerfs cervicaux dans les muscles sous-hyoïdiens, le glosso-pharyngien dans le muscle stylo-glosse.

L'innervation du voile par l'hypoglosse n'est pas la seule de même que sa fonction n'est pas seulement la phonation ; il y a certainement d'autres nerfs qui y concourent parmi lesquels sont certainement le pneumogastrique et la troisième branche du trijumeau.

M. GRIVOT.

Anesthésie pour les opérations de courte durée dans le naso-pharynx, par LUKE (*Edinburgh medical journal*, juillet 1904, in *Therapeutic Gazette*, 15 octobre 1904, p. 669).

L'auteur recommande la position de Rose pour l'ablation des

végétations. Il se sert du chlorure d'éthyle pour cette opération, sauf dans les cas de dyspnée où il se sert de chloroforme. Le même anesthésique est ordinairement suffisant quand on enlève simultanément les végétations et les amygdales. Pour l'ablation des polypes et la plupart des opérations intra-nasales, le chlorure d'éthyle est en général suffisant ; sauf si on enlève en même temps les végétations et les amygdales, alors on peut prolonger l'action du premier anesthésique en donnant de l'éther.

L'auteur recommande au chirurgien d'avoir pour l'anesthésie un aide attitré, bien habitué à travailler avec lui. A. RAOULT.

Opération de Brophy pour la fissure palatine, par PARRY (*Glasgow pathological and clinical society*, in *Glasgow medical journal*, août 1904, p. 124).

L'auteur présente un malade opéré par cette méthode, qui consiste à rapprocher les maxillaires supérieurs après la section de leurs attaches aux malaires, puis à les suturer au moyen d'un fort fil d'argent, et enfin à suturer les bords de la fente. L'avantage est qu'il n'existe plus de nasonnement comme à la suite des autres procédés, mais le choc opératoire est très violent, et fait hésiter à opérer les enfants avant qu'ils ne soient déjà robustes.

A. RAOULT.

Cancer de la bouche et des régions avoisinantes, par H. A. LOTHROP et D. D. SCAMRELL (*Boston medical and surgical journal*, 13 avril 1903, in *Monthly cyclopedia*, mai 1903, p. 214).

Cet article est une étude générale sur les indications et les contre-indications des opérations dans les cas de cancer de ces régions, et sur le pronostic de ces interventions. A. RAOULT.

Kyste branchial, par E. R. RUSSELL (*Journal of eye, ear and throat diseases*, 7-8 octobre 1904, p. 131).

Il s'agit d'une femme de 28 ans, se plaignant de mal de gorge, chez laquelle l'auteur trouva une amygdale enflammée dont les cryptes contenaient de l'enduit caséeux. Au-dessus était un gonflement donnant la sensation de fluctuation. Cette masse fut incisée, il en sortit du pus assez abondant. Cet abcès sembla se guérir, puis il récidiva à plusieurs reprises. Il était situé à gauche de la ligne médiane dans le naso-pharynx et s'étendait vers l'amygdale, sous la peau vers la région occipitale, et enfin en bas et en

arrière vers les vertèbres cervicales, sans que l'on trouvât en ce point aucune nécrose osseuse. On enleva un morceau de la poche, qui fut examiné histologiquement ; le Dr Coakley conclut à l'existence d'un kyste branchial.

L'auteur a essayé un tamponnement répété de la cavité afin de provoquer une inflammation adhésive ; jusqu'ici l'état est stationnaire. Il pense qu'il est impossible de disséquer la poche du kyste en raison de ses dimensions.

A. RAOULT.

Alypine et novocaïne, par RUPRECHT (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 6, 1906).

Le règne de la cocaïne a-t-il cessé ? Oui, pour Ruprecht, qui lui en a même écrit sa nécrologie. La succession de la cocaïne a été prise en attendant par l'alypine et en partie par la novocaïne ; mais il s'agit probablement d'un interrègne. Le grand nombre des anesthésiques locaux laisse espérer qu'avec les progrès de la chimie, un corps sera trouvé réunissant tous les avantages de la cocaïne sans avoir ses inconvénients. En attendant, la novocaïne, l'alypine, combinées ou non avec l'adrénaline, devront remplacer la cocaïne dans la pratique oto-rhino-laryngologique.

La novocaïne est de tous les anesthésiques le moins irritant pour les muqueuses et, sous ce rapport, supérieure à l'alypine. Son pouvoir anesthésiant est insuffisant dans la pratique courante de la rhino-laryngologie, mais combinée à l'adrénaline, elle constitue un anesthésique idéal pour les injections sous-cutanées.

Combinée à l'adrénaline, l'alypine remplace parfaitement la cocaïne dans son action anesthésiante et inchémiante pour les muqueuses. Elle a sur la cocaïne les avantages suivants : la cocaïne est toxique et parfois à des doses où il faut croire à une véritable idiosyncrasie. Sans parler des accidents sérieux, une certaine ébriété cocaïnique se manifestant par de la loquacité, excitabilité du malade, etc., peut devenir tout au moins désagréable pendant l'opération. La cocaïne, surtout additionnée d'adrénaline, provoque parfois, une ou deux heures après son emploi, de véritables rhumes de cerveau, quelquefois très pénibles.

De tous ces inconvénients aucun ne se trouve après l'emploi de l'alypine.

De même les hémorrhagies atoniques post-opératoires sont plus rares après l'emploi de l'alypine qu'après celui de la cocaïne. La stérilisation et la conservation des solutions à l'alypine est possible, tandis que la cocaïne est altérée par l'ébullition. Enfin,

l'alpine est meilleur marché que la cocaïne. L'alpine ne peut pas amener la contraction des vaisseaux de la pituitaire. Ceci n'est pas toujours un inconvénient, mais c'est le seul qu'on pourrait reprocher à l'alpine, inconvénient auquel on remédie facilement par l'addition de l'adrénaline. Dans de nombreux cas, cet inconvénient tournera à l'avantage de l'alpine, quand on recherchera seulement l'action anesthésiante sans l'action ischémisante (queue du cornet, polype de la caisse, pharyngite latérale).

L'alpine est une poudre blanche finement cristallisée, facilement soluble dans l'eau et l'alcool, de réaction neutre. Elle a provoqué jusqu'à aujourd'hui une très grande littérature et a fait le sujet de nombreuses expériences de Ruprecht, et sur lui-même et sur ses malades.

Nous ne reproduisons pas les expériences que Ruprecht a faites sur lui-même qui ne prouvent rien, surtout si on considère que Ruprecht, comme il le dit lui-même, est particulièrement sensible à la cocaïne. Mais, à la lecture des nombreuses observations qu'il publie, nous avons eu la conviction que l'anesthésie de l'alpine demande beaucoup plus de temps, quelquefois 50 minutes, avant de se manifester. A ce propos, il faut avouer que Ruprecht a une façon particulière de faire l'anesthésie, au moins pour les conchotomies. Voici comment. Il fait d'abord un spray à la cocaïne à 1 %, additionné d'adrénaline (1 : 1000) dans la proportion de 1 à 10. Dernièrement, il a remplacé la cocaïne par l'alpine; il a constaté que la contraction de la muqueuse et l'anémie ne sont pas aussi nettes après le spray à l'alpine qu'après le spray à la cocaïne. De ce spray on emploie suffisamment pour provoquer une rétraction de la muqueuse. Le reste est enlevé par un nettoyage minutieux de la muqueuse, par le mouchage et le seringuage. Ensuite, il applique des tampons de coton de 2 centimètres de large trempés dans la solution d'alpine et suprarinine à 10 %, de façon à recouvrir les parties qui doivent être enlevées. Il emploie de trois à sept tampons semblables. Ruprecht nous rapporte encore ses expériences avec l'alpine dans la galvanocaustie, dans les opérations sur le septum (pour la résection sous-muqueuse faite chez des enfants de 11 et 12 ans, anesthésie obtenue après introduction de tampons alpinés et laissés pendant 20 minutes).

Pour l'opération des adénoïdes et des amygdales, Ruprecht se sert de plus en plus de l'alpine, qui lui remplace l'anesthésie générale. Le peu de toxicité de ce médicament permet de s'en servir largement.

Pour les opérations et l'examen du larynx, l'alpine combinée à

l'adrénaline est d'un emploi particulièrement recommandable. Le danger d'intoxication est nul, l'anesthésie est plus longue, le malade n'a pas ce besoin d'avaler à faux, comme après la cocaïnisation.

Dans les différentes opérations sur l'oreille, l'alypine s'est également montrée supérieure à la cocaïne. Il faut surtout noter qu'avec l'alypine, appliquée en substance, la paracentèse dans les otites moyennes suppurées a pu être faite sans provoquer la moindre douleur.

Les injections d'alypine sont toujours plus ou moins douloureuses, et quand les solutions sont trop concentrées (5 %) elles peuvent occasionner la gangrène. Il est préférable de remplacer, dans ce seul emploi, l'alypine par la novocaïne, autrement l'emploi de la novocaïne n'offre aucun avantage.

En résumé, Ruprecht prévoit l'arrivée d'un autre anesthésique local. Pour le moment, l'alypine combinée à l'adrénaline pour la pratique courante, et l'adrénaline combinée à la novocaïne pour les cas rares d'injections sous-muqueuses constituent les anesthésiques dont il faudra se servir.

LAUTMANN.

Statistique des végétations adénoïdes, par BÜRGER (*Archiv. f. laryng.*, t. XVIII, n° 2).

En septembre 1903, le ministère de l'Intérieur des Pays-Bas a adressé une circulaire à tous les professeurs des écoles communales, les invitant à rechercher la présence des végétations adénoïdes chez les enfants de 6 à 12 ans. Il ne pouvait être question que de la recherche du facies adénoïdien.

De pareilles statistiques ne peuvent évidemment donner aucune idée sur la fréquence de cette maladie. De même les statistiques basées sur la parole, l'intelligence, les troubles acoustiques ne sont d'aucune utilité. L'examen local est le seul qui devrait être la base de toute statistique. Cet examen local devrait se faire par le miroir et exceptionnellement, et avec permission des parents seulement, par le toucher digital.

LAUTMANN.

Expériences sur l'emploi du coton à la stypticine-Merk, par UFFENORDE (*Archiv. f. laryng.*, t. XVIII, n° 2).

Pour éviter le tamponnement intra-nasal après les opérations, Uffenorde a essayé, d'après la recommandation de Krause, la stypticine de Merk incorporée à la gaze et au coton. Il donne la préfé-

rence au coton à la stypticine dont il se déclare très satisfait. Il lui reconnaît deux inconvénients, le goût amer et la friabilité du coton. Probablement E. Merk mettra en circulation des tampons de coton à la stypticine, exempts de ces inconvénients et spécialement préparés pour les besoins de la rhinologie. LAUTMANN.

Origine syphilitique de la leucoplasie, par C. F. MARSHALL *Monthly Cyclopædia*, mars 1906, p. 124).

La macroglossie congénitale ou langue scrotale est une cause prédisposante à la leucoplasie. Or, la macroglossie, ainsi que les autres difformités congénitales est probablement un des stigmates dystrophiques de la syphilis héréditaire.

D'autre part, il y aurait une relation possible entre le lichen plan et la leucoplasie, lorsque le premier apparaît sur les muqueuses il présente une ressemblance remarquable avec la seconde. Enfin on tend à admettre que le lichen plan est une manifestation de la syphilis héréditaire.

A. RAOULT.

Dose active d'antitoxine diphtérique, par SUTHERLIN (*La medical Recorder*, in *Thérapeutic gazette*, 15 mars 1905, p. 164).

Les médecins américains sont d'avis qu'il ne faut pas se borner à donner des doses de sérum, que l'on mesure par centimètres cubes, mais qu'il faut se préoccuper d'abord de la gravité de la diphtérie. Sutherlin est arrivé ainsi à donner à une femme de 26 ans : 498.090 centimètres cubes de sérum ; pendant trois jours consécutifs, il lui injecta 32.000 centimètres cubes par jour. Pendant la maladie de cette femme, il injecta par prophylaxie à l'enfant âgé de 8 mois : 500 centimètres, au mari 2.000, à l'infirmière 1000, à la mère de la malade 2000 et au médecin traitant 4000. La malade a guéri ; le mari fut atteint fort légèrement de la diphtérie.

A. RAOULT.

Sur la valeur des pulvérisations dans le traitement de la bronchite chronique, par STEMMLER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 25, 1906).

Aujourd'hui où nous nous servons, surtout dans les villes d'eaux, des pulvérisations, il est intéressant de s'arrêter à cet article de Stemmler qui reprend les expériences de Emmerich, Bulling, He-

ryng et autres inventeurs de pulvérisateurs très en vogue en Allemagne. Tous les expérimentateurs cherchent la réponse à deux questions : 1° Est-ce que le liquide pulvérisé pénètre par voie d'inhalation dans les bronches, les bronchioles et les alvéoles ? Et entre-t-il par inhalation suffisamment de liquide pulvérisé pour exercer une action thérapeutique sur ces parties ? Sur la première question tous les expérimentateurs et tout dernièrement encore Schrötter, recommandent l'appareil de Bulling répondait par l'affirmative. Quant à la deuxième question, l'auteur qui exerce à Ems prétend avoir obtenu de bons résultats, surtout dans le catarrhe sec.

LAUTMANN.

Traitement du goître par les rayons X, par STEGMANN (*Munch.mé.diz. Wochensch.*, n° 26, 1095):

Chez une jeune fille de 21 ans, un goître a diminué à la suite de deux séances de radiothérapie. Dans un autre cas, röntgenisation pour métastase carcinomateuse dans la fosse sus-claviculaire, également régression du goître. A la suite de ces expériences, l'auteur propose les rayons X, dans le traitement du goître rétro-sternal.

LAUTMANN.

NOUVELLES

NOMINATIONS

Depuis le 1^{er} octobre 1907, par suite de la mise à la retraite du Prof. POLITZER, atteint par la limite d'âge, la direction de la clinique otologique de l'Université de Vienne a été confiée au Prof. URBANTSCHITSCH.

Le Dr LUSCHER est nommé professeur extraordinaire d'otologie et de laryngologie à l'Université de Berne.

NOUVELLES DIVERSES

Nous apprenons la mort de Moritz Schmidt de Francfort qui a succombé à l'âge de 70 ans.

Un grand Congrès de tous les oto-laryngologistes russes aura lieu à Saint-Petersbourg, vers la fin de l'année 1908.

Lorsque le praticien aura inutilement épuisé la liste des ferrugineux et reconstituants, sans guérir ses anémiques, neurasthéniques, consomptifs, débilités, etc., il obtiendra des résultats qui le surprendront en faisant usage du Sirop d'Hémoglobine Deschiens qui permet de réaliser une apothérapie hématique intense et rapide, sans imposer la moindre fatigue aux organes digestifs.

VIN DE CHASSING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

THIRD. — Annual Report of the Henry Phipps Institute, for the study, treatment, and prevention of tuberculosis (Février 1905 à février 1906, 238, Pine-Street, Philadelphie, 1907).

GERBER. Weitere Mitteilung über Sclerom (Extr. de Archiv. f. Laryng., Bd. XX, I h.).

- GERBER. — Tamponlose Nachbehandlung und Tubenabschluss (Extr. de *Archiv. f. Ohrenh.*, Bd. LXX.)
- GERBER. — Pharyngolaryngoscopie (Extr. de *Arch. f. Laryng.*, Bd. XIX, h. 2).
- G. COHN. — Altes und Neues zur Nasentuberculose (Extr. de *Archiv. f. Laryng.*, Bd. XIX, h. 2).
- P.-J. MINK. — Das Spiel der Nasenhügel (Extr. de *Archiv. f. die ges. Physiologie*, Bd. CXX, Martin Hager, édit., Bonn, 1907).
- P. GRAZZI. — Le cure di alcune affezioni delle prime vie respiratorie colli aigue della puzzola (porata) (Perugia, 1907, Unione tipografia cooperativa).

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS
Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Paracodun)

Medicament spécifique des MIGRAINES

et des NÉURALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et Cie.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1907

(33^e VOLUME, 2^e PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Les titres des mémoires originaux sont composés en caractères gras.

	Pages
Aka. — Abscès rétro-pharyngien inférieur consécutif à l'ablation des végétations adénoïdes chez un adulte.	685
Alexander. — Labyrinthite chronique ossifiante. Contribution à l'anatomie de la surdi-mutité	440
— — Technique de la plastique des brèches rétro-auriculaires	639
— — Otite moyenne suppurée chronique. Cholestéatome. Obstruction totale par ossification de la fenêtre ronde et ovale	640
— — Otite chronique moyenne suppurée droite. Cholestéatome. Thrombo-phlébite. Opération radicale. Ligature de la veine jugulaire interne. Ouverture de la fosse cérébrale moyenne. Nettoyage du sinus. Guérison	640
— — Otite moyenne suppurée compliquée de pyémie. Cholestéatome. Opération radicale. Guérison. Labyrinthite aiguë circonscrite au cours de la guérison	640
— — Deux cas de thrombose otogène du sinus.	646
— — Otite moyenne chronique tuberculeuse Cholestéatome. Fistules multiples du labyrinthe.	647
— — Otite moyenne suppurée aiguë. Thrombose du sinus. Pyémie. Opération. Guérison	648
— — A propos des fistules du labyrinthe	648
— — Labyrinthite post-opératoire	649
Alt. — Anastomose hypo-glosso-faciale	287

	Pages
Alt. — Appareil acoustique	645
André (Marc). — Turbinotome et synechotome	273
— — Abaisse-langue à crochet	275
Ardenne (F.). — Hémorrhagie du larynx survenue chez un chanteur à la suite d'un effort non vocal.	562
Avellis. — Laryngotomie sous-narcose à la scopolamine-morphine.	660
— — Laryngocèle	660
Bachauer. — Mastoïdite de Bezold.	298
Bar. — Nécrose aiguë du crâne consécutive à une otite aiguë, scarlatineuse suppurée.	61
Barany. — Rotation et épreuve du toucher	643
— — Paralyse combinée des yeux avec déviation conjuguée	644
— — Recherches sur les mouvements réflexes des yeux, de cause vestibulaire et optique, et leur valeur pour le diagnostic topique des paralysies des muscles de l'œil	647
Barclan (R.). — Extraction des corps étrangers du larynx	559
Barlatier et Sargnon. — Laryngotomie et trachéo-laryngotomie, spécialement dans le rétrécissement cicatriciel du larynx	44
Bar (Stoddart). — Abscès extra-dural d'origine otique avec paralysie de la sixième paire et double névrite optique	306
Barth. — Nouvel adénotome	638
Baumgarten (E.). — Une rhinolithé d'origine dentaire.	541
— — Calcul salivaire d'un volumerare Récidive.	684
Beck. — Découverte post-mortem d'un abcès cérébral ayant causé une mort subite	210
Bellin. — Observation de fibrome diffus des espaces médullaires du maxillaire supérieur ayant complètement comblé l'antre d'Highmore	71
— — Volumineux abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche opéré et guéri	88
Bellisien. — Adénome de la trachée chez un malade atteint d'adéno-lipomatose généralisée	52
Benoit-Gonin (T.). — Etudes anatomo-cliniques sur la paroi labyrinthique de l'oreille moyenne	669
Beyer. — Expériences sur des animaux.	281
Bichaton. — Sur le traitement nasal de l'asthme	63
Bloch. — Surdité dans la rétinite pigmentaire	297
Boehm. — Tuberculose du larynx	196
— — Gomme du maxillaire supérieur en nécrose	196
— — Mensuration du son à l'aide de nouveaux appareils	297
— — Rhinolithé	300
— — Polype muqueux	300
— — Hypertrophie du pôle postérieur du cornet inférieur	300
Boenninghaus (G.). — Sur un état d'irritation particulière du nerf laryngé supérieur et inférieur	555
Bosviel. — Un cas de bégaiement guéri opératoirement	161
Botella. — Quatre cas de sinusite maxillaire opérés par différents procédés	276
— — Un cas d'hémilaryngectomie pour cancer	279
— — Pseudo-mastoïdite de Bezold. Résection de la pointe. Prothèse à la paraffine.	313
Botey (Ricardo). — La trépanation de l'oreille et du crâne au tour électrique	20
— — La ponction de la membrane crico-thyroïdienne comme opération temporaire préalable dans les trachéotomies d'extrême urgence.	47

Botey (Ricardo). — Traitement opératoire de l'insuffisance vélo palatine	48
Boulay. — Absès épidual extériorisé par le trou déchiré postérieur	431
Bouyer (fils) et Moure. — Malmenage de la voix parlée et chantée (causes, effets, traitement). Discussion	80
Brelet (M.). — La mort subite chez l'enfant	665
Breyre (C.). — Nouvelle contribution à l'étude du procédé de Killian pour la cure de la sinusite fronto ethmoïdale chronique	543
Bride (P.-Mc.). — De la surdité hystérique	438
Brindel. — Sur quelques cas d'abcès du larynx d'origine grip-pale	48
Broeckeaert. — Endothéliomes du sinus maxillaire	71
— — Anastomose du récurrent et du grand sym-pathique	166
— — Pincés œsophagiennes	169
— — Malade opéré d'endothéliome du sinus maxillaire	176
— — Malade opérée de névralgie rebelle du trijumeau par arrachement des gros troncs du nerf à la base du crâne	177
Brown (C.-W.-M.). — Végétations adénoïdes du pharynx	673
Brown (J. Price). — Relations entre l'hypertrophie des diffé-rentes amygdales de l'anneau de Waldeyer et l'étiologie des maladies	569
Bruck. — A propos du tympan bleu	656
Bruhl. — Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille	296
Bucher. — Contribution à l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique	533
Buhl. — Cas de lupus primaire de la muqueuse du pharynx	631
Burger (H.). — Kyste dermoïde de la base du nez consécutif à une opération chirurgicale	536
Bürger. — Polype du naso-pharynx ; amélioration par galvano-caustie	654
— — Kyste dermoïde artificiel dû à une opération	654
— — Traitement de la labyrinthite secondaire	655
— — Statistique des végétations adénoïdes	692
Buxton (Andley-W.). — Anesthésie dans les opérations sur les voies respiratoires supérieures ; au point de vue de l'aide qui anesthésie	558
Buyt. — Laryngectomie pour épithélioma, remontant à quinze mois Pas de récidence	182
— — Sinusite maxillaire caséuse, guérison par élimination d'un séquestre de la paroi externe du méat inférieur	183
— — Paralyse faciale due à la lésion du nerf dans la partie inférieure du canal de Fallope. Guérison	183
Caboche (H.). — L'ozène forme larvée de la tuberculose. Ré-sumé	53
— — L'ozène forme larvée de la tuberculose	260
— — Contribution à l'étude de l'antrotomie précoce au cours de certaines formes de suppurations aiguës de l'oreille	92
— — Cholestéatome antral volumineux. Thrombose cholestéatomateuse du sinus latéral. Périphlébite jugulaire sup-purée et endophlébite avec ouverture spontanée dans le pha-rynx. Ligature de la jugulaire. Mort	92
— — Contribution à l'étude de la tuberculose de la pituitaire. Etude étiologique et clinique	321
Campbell. — Aphonie d'origine inconnue d'une durée de six mois chez un enfant de 2 ans et demi. Découverte d'une épin-gle de sûreté ouverte dans le larynx	212

	Pages
Campbell. — Traitement par la trypsine d'un cas d'affection maligne intéressant l'amygdale gauche, la base de la langue et l'épiglotte	213
Ca art (fils). — Un cas de guérison fonctionnelle après une cure radicale d'otorrhée	182
— — Un cas de laryngectomie guéri depuis trois ans	182
Caraguel (Paul). — Contribution à l'étude des polypes dermoïdes du pharynx	661
Castañeda. — Actinomycose primitive du cou avec propagation rapide trachéo bronchique	683
Castex. — Suite de recherche sur la surdi-mutité	97
— — Mastoïdite de Bezold et méningite	97
— — Otite moyenne hémorragique	104
— — Deux cas d'othématome. Intervention chirurgicale	161
Cate (Ten). — Démonstration d'une oreille artificielle en aluminium	651
Cauzard. — L'alypine en oto-rhino-laryngologie	108
Charézieux. — Kyste paradentaire à développement sinusien. Traumatisme antérieur	618
Chavanne (F.). — Papillomes des fosses nasales	113
Chervin. — Utilité de l'otorhinoscopie dans les divisions palatines	162
— — Utilité de l'oto-rhinoscopie dans les divisions palatines	607
Cheval. — Larynx carcinomateux	167
— — Un cas de perforation traumatique du tegmen tympani avec blessure des méninges et du cerveau par pénétration d'un corps étranger	717
Chronshitzky. — Nouvelles expériences sur le tamponnement nasal	530
Cisneros. — Abscès cérébelleux d'origine otique	316
Citelli. — Un cas de paralysie de l'abducens d'origine otitique	200
— — Kyste dermoïde du lobule de l'oreille	201
— — Cordectomie par voie externe	201
— — Processus de cicatrisation de la plaie trachéale après la trachéotomie	201
— — Tubes nouveaux et tubes modifiés pour le traitement de quelques sténoses laryngées aiguës et chroniques	202
— — Mélano-sarcome de la région ethmoïdale	202
Claoué. — De la cure des fistules alvéolaires du sinus maxillaire	77
Collet. — Traitement chirurgical des sténoses laryngées consécutives à l'intubation	46
— — Kyste suppuré de la bourse muqueuse pré-laryngienne	179
— — Carcinome du sinus maxillaire	179
Cornet. — Abscès extra-dural d'origine otique extériorisé spontanément au-dessous des muscles de la nuque	53
Coulomb. — Circulation artérielle et veineuse du massif maxillaire supérieur	666
Cousteau et Lafay. — La mixture de Bonain adrénaïisée au millièrme comme anesthésique hémostatique en oto-rhino-laryngologie	61
Denker. — Expériences sur l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique	660
Dege. — Contribution à l'étiologie de la paralysie du nerf laryngé inférieur	564
Delsaux. — Série de malades opérés de polysinusites de la face	171
— — A propos de six cas de thrombo-phlébite des sinus crâniens d'origine otitique	181

Delsaux. — Pseudo-sinusite frontale due à un abcès sous-périosté du front, compliquée de thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur. Ménigite Mort. Autopsie.	548
Denker. — Nouvelle méthode opératoire pour les tumeurs malignes du nez	295
Dionisio (J.). — Sur la photo et la radiothérapie dans l'ozène, dans la suppuration auriculaire chronique et les pharyngites chroniques.	197
— — Guérisons anciennes et guérisons récentes de sujets ozénateux traités par la radiothérapie	539
Downie (Walker). — Morceaux de capsule de pépins de pomme fixés dans la région sous-glottique chez une enfant de 2 ans	559
— — Deux cas de crico-thyrotomie pour ablation de néoplasmes intra-laryngés	566
Duchesne. — Traitement chirurgical des rétrécissements de l'œsophage	679
Dufays. — Ostéite bacillaire du temporal simulant une mastoïdite.	92
Durand et Jacques. — Inspection otologique des écoles municipales à Nancy	89
— — Inspection otologique des écoles municipales de Nancy	247
Eckstein. — Remplissage des cavités rétro-auriculaires par de la paraffine	283
Egidi. — Cas de corps étrangers pharyngo-laryngés	200
— — Chute de tubes dans la trachée et dans les bronches	200
Fain. — Contribution à l'étude de la tuberculose primaire. Lupus de la cavité nasale.	537
Fallas. — Carcinome du larynx.	166
— — Phlegmons du cou	168
— — Chéloïdes du lobule des oreilles	173
— — Quelques cas de paralysie des cordes vocales	173
— — Quelques cas de sténose du conduit auditif externe	175
— — A propos d'un cas de sténose laryngée	563
Ferreri. — Sur les lésions de l'oreille interne consécutives aux suppurations de la caisse du tympan	431
Finder. — Examen laryngoscopique des principales maladies du larynx chez l'enfant	557
— — Combinaison de paralysie du récurrent et du voile du palais	636
Fiocre. — De l'emploi du chloréthane comme anesthésique en laryngologie.	101
Fournié (J.). — Des mastoïdites aiguës latentes	99
Fout de Boter. — Bruits auriculaires objectifs	438
— — Toux réflexe d'origine nasale.	513
Forter (E. Edwin). — Résection sous-muqueuse de la cloison nasale	541
Fraenkel. — Présentation d'une gravure montrant une pharyngoscopie au XVIII ^e siècle d'après un tableau de P. Longhi.	185
— — Sur la priorité de la découverte de la laryngoscopie.	190
Francis (A.). — Traitement nasal de l'asthme	542
Frankl-Hochwart. — Sur le vertige de Ménière	296
Freer (Otto T.). — Lympho-sarcome du pharynx limitant les mouvements des mâchoires et de l'axis par l'envahissement des régions ptérygo-maxillaires et prévertébrale	202
Freytag. — Le pronostic de l'ouverture opératoire du labyrinthe suppuré	442
Friedmann. — Tumeur du pharynx	190
Fullerton (Robert). — Canule trachéale enlevée de la bronche gauche.	559

	Pages
Garel (J.). — Traitement chirurgical de la pachydermie des cordes vocales par la méthode du fraisage	573
Gaudier (H.). — Ostéo-myélite aiguë du temporal et du pariétal gauche consécutive à une otite moyenne aiguë du même côté .	310
Gaudier (A.) et P. Jacques. — Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire .	1
— — — — — Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire. Discussion .	67
Gault. — Sur le traitement de l'ozène par les injections de paraffine solide	78
Gavello (G.). — Le traitement chirurgical des sinusites maxillaires chroniques sur la voie nasale	197
Gerber. — La laryngoscopie sous-glottique	555
— — — — — Nouveaux instruments	683
Germain. — Laryngectomie dans le cas de cancer	552
Geronzi. — Sur la participation du nerf hypoglosse à l'innervation du voile du palais	688
Gibb (Joseph S.). — Infection et aseptie en chirurgie intranasale	535
Giudice. — Trachéotomie et thyrotomie	671
Glover. — Respiration vocale. Démonstration radioscopique et contrôle de la respiration vocale au Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris	50
— — — — — Laryngites traumatiques consécutives au tubage chez l'enfant et rétrécissements laryngiens	106
— — — — — Les moyens de culture physique de la voix au Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris. Démonstration radioscopique de la respiration vocale	229
Goldmann. — Sarcome du palais	638
Goris. — Pièces anatomiques servant de contribution à l'étude de l'extirpation des tumeurs malignes de la bouche	167
— — — — — Malade opérée en une seule séance de double sinusite fronto-ethmoïdale et maxillaire gauche	171
— — — — — Malade ayant subi l'extirpation totale du larynx, il y a plus de trois ans	172
— — — — — Malade ayant subi, il y a trois ans, la résection temporaire de la narine droite pour extirpation d'un sarcome à point de départ ethmoïdal	172
— — — — — Malade opéré, il y a vingt et un mois, pour sarcome de la fosse temporo-zygomatique	172
— — — — — Contribution à l'extirpation des tumeurs malignes de la bouche	682
Grabower. — Paralysie du récurrent	189
Graeffner. — Deux cas de coloration pathologique des voies respiratoires supérieures	189
Grant (Dundas). — Thrombose du sinus latéral. Opération sans ligature de la jugulaire. Guérison	305
— — — — — Thrombo-phlébite du bulbe de la jugulaire et abcès cérébelleux. Ligature de la veine. Drainage de l'abcès cérébelleux. Guérison	305
Grant. — Maladies de l'oreille	440
Gray (Albert). — Coupes de labyrinthe dans certains cas pathologiques	503
— — — — — Coupes d'oreille interne servant à l'anatomie comparée du labyrinthe des mammifères	303
Grossard. — Otorrhée mastoïdite et atrophie faciale progressive .	64
Guisez. — Cas de rétrécissement cicatriciel infranchissable sans l'arsophascopie	74

Guisez. — Ostéomyélite chronique condensante des os du crâne consécutive à une otite ancienne suppurée	90
— — Thrombose du sinus et de la jugulaire, ouverture du golfe à travers le trou déchiré postérieur. Ligature de la jugulaire. Guérison.	91
Gutzmann. — Sur la valeur de la sensation de la vibration pour l'instruction des sourds-muets	297
— — Moyen pour rendre visibles les vibrations de la flamme de König	638
Habermann. — Sur la surdité professionnelle	297
Hahn (R.) et A. Sacerdote. — Fibro-épithéliome kystique de la voûte pharyngée	675
Haïke. — Relation des travaux de la section d'oto-rhinologie au Congrès international de médecine, à Lisbonne	284
— — Périostite syphilitique	637
Hajek. — Contribution à l'étude de la voie d'infection dans les complications cérébrales d'origine nasale	581
— — Indications de l'intervention opératoire dans les sinusites frontales.	544
Hald (Totens). — Augmentation du poids spécifique du pus dans l'otite moyenne aiguë, comme indication pour l'ouverture de l'apophyse	630
— — Expériences sur le gonflement des grains de maïs et des petits pois	635
Hammerschlag. — Démonstration d'un cas de neuro-fibromatose multiple	285
Hammerschlag (V.). — Contribution à la question de l'hérédité de l'oto-sclérose	440
Handelsmann (A.). — Anatomie pathologique de l'épithéliome primitif du corps thyroïde	663
Hare (Francis). — Cautérisation de la muqueuse nasale et névroses paroxystiques	537
Haug. — Sur l'emploi de la novocaïne dans les opérations de l'oreille et dans le traitement de l'otite moyenne aiguë	195
— — Angiopapillome de la luelle	300
— — Ostéome de l'apophyse mastoïde	300
— — Ostéochondrome du conduit	300
Haüselmann. — A propos du tamponnement du nez	541
Hecht. — Présentation de deux amygdales pharyngées.	298
Heckel. — Syphilis grave des voies aériennes.	59
— — De la signification du bouchon de cérumen	96
— — Hypertrophie des amygdales à l'âge adulte, signe de syphilis latente	97
Heckel (Fr.). — Les « queues de cloison »	541
Hechinger. — L'épreuve de la brosse.	430
Heermann. — Traitement conservateur des suppurations des sinus du nez	534
Heilbronnen. — Remarques neurologiques sur le bégaiement	653
Hermann. — Les procédés autoplastiques dans la cure radicale de l'otorrhée	667
Herzfeld. — A la suite de la communication de Lange sur les sinusites aiguës consécutives à la scarlatine.	281
— — Thrombose du sinus.	284
— — Fracture du conduit	285
— — Ciseau nasal	658
— — Acrobate de la langue	658
Herzog. — Sinusite maxillaire opérée d'après Berker	196
— — Labyrinthite tuberculeuse suivie de guérison.	293

	Pages
Herzog. — Labyrinthite tuberculeuse.	298
Heymann. — Remarques sur l'histoire de la laryngoscopie .	190
Heyninx. — Disciseur à l'emporte-pièce.	169
— — Instillateur oto-tubaire.	169
Hildebrand. — Expériences sur le goitre et son traitement .	686
Hinsberg. — Sur les suppurations du labyrinthe	291
Hoffmann. — Epithéliome de la cloison du nez chez une femme de soixante-deux ans	196
— — Corps étranger de la bronche chez un enfant de dix-huit mois	196
— — La fièvre et ses causes dans l'abcès otogène du cerveau	298
Hoffmann (R.) — Le noma de l'oreille	527
Hoffmann (Richard). — Abscès multiples du cerveau à la suite de la suppuration des deux sinus frontaux d'origine traumatique	547
Hopmann. — Surdité consécutive à la syphilis héréditaire tardive.	311
Jaboulay. — Ostéome du sinus maxillaire avec trois figures. .	549
Jacob. — Fracture récente des deux os nasaux	185
Jacques. — L'infection du sinus maxillaire par les kystes parodontaires suppurés.	77
Jacques (P.) — Cancer épithélial extrinsèque du larynx chez une jeune fille opérée et guérie.	563
Jacques et Durand. — Inspection otologique des écoles municipales à Nancy	89
Jacques (P.) et Durand (A.) — Inspection otologique des écoles municipales de Nancy	247
Jacques (P.) et Gaudier (A.) — Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire.	1
Jacques et Gaudier. — Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire. Discussion	67
Jauquet. — Deux cas de polypes naso-pharyngiens	184
Joal. — Spasmes œsophagiens d'origine nasale.	682
Johnston (R.) — Hémorrhagies après de légères opérations sur la gorge.	684
Jones (Hugh) — Angiome de l'oreille externe	307
— — Quelques complications des suppurations de l'oreille moyenne	307
Kan. — R�ntgenogramme d'un étui de crayon aspiré dans une bronche et expectoré	655
— — Morceau d'os enlevé de l'œsophage par �sophagotomie. .	655
— — Résection cunéiforme du pavillon pour épithélioma . .	655
— — Photographie stéréoscopique d'une malformation bilatérale de l'oreille d'un enfant	655
— — Ostéomyélite double du temporal post-scarlatineux, suivie de séquestration d'une partie du labyrinthe gauche	656
— — Ostéomyélite double du temporal post-scarlatineux, suivie de séquestration d'une partie du labyrinthe gauche	656
— — Epingle de sûreté ouverte dans l'œsophage d'un enfant, extraction par la pince laryngienne de Jurasz	656
— — Opération radicale bilatérale du sinus frontal	656
Katz. — Appareil électrique universel pour cabinet médical . .	661
Kee (James H Mc) — Importance de l'épistaxis dans le diagnostic de la diphtérie nasale	540
Kelly (Brown A.) — Contribution à la pathologie de l'antre d'Highmore	550
Kenyon. — Défaut particulier d'élocution attribué en partie à la diphtérie qui l'avait précédé	214

	Pages
Kiaer Gottlieb. — Cancer primaire de l'épipharynx.	631
— — Diaphragme congénital du larynx	632
— — Rhinoplastie	632
King Gordon. — Etiologie nasale et traitement de l'asthme . .	543
König. — Un méfait de la prothèse paraffinique	160
— — Présentation de malade	161
Krotoschiner. — Sur la recherche des troubles de l'équilibre dans les affections unilatérales du labyrinthe.	441
Kümmel. — La larynthise et son traitement à la clinique de Heidelberg	293
— — Remarques cliniques et bactériologiques sur les otites moyennes aiguës	298
Kuttner. — A propos d'un cas de tuberculose du larynx. . . .	184
— — Remarques critiques sur la question du récurrent . .	186
— — Remarques critiques sur la paralysie du récurrent. Discussion.	191
— — Remarques critiques sur la paralysie du récurrent. Discussion	193
Kuttner (A.). — Tuberculose laryngée et grosseesse	445
Kuyk (D. A.). — Opérations sur la mastoïde ; choix du moment de l'intervention	316
Labarrière. — Sur soixante cas de trépanation mastoïdienne .	61
Lack. — Traitement de l'ozène ou rhinite atrophique.	539
Lafay et Cousteau. — La mixture de Bonain adrénalisée au millièrne comme anesthésique hémostatique en oto-rhino-laryngologie	64
Lange. — Sixième cas de sinusite maxillaire consécutive à la scarlatine chez un enfant	282
— — Recherche anatomique sur l'appareil auditif après un grand traumatisme	284
Lannois. — Mastoïdite aiguë par furunculose du conduit. . . .	90
— — Séquestration presque totale des deux rochers. . . .	90
Lannois (M.). — Séquestration presque totale des deux rochers chez un enfant	462
Laurens (Georges). — Procédé opératoire pour les sinusites frontales bilatérales. Trépanation au-dessus de la bosse nasale et drainage en Y, avec résection de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.	75
Laurens (Paul). — Dispositif nouveau pour la fixation des lampes au miroir de Clar	109
Lavrand. — Otite moyenne aiguë et otite interne, trépanation mastoïdienne. Guérison	52
Lavrand (H.). — Pathogénie des érysipèles spontanés de la face à répétition	685
Lawrence. — Occlusion presque complète du méat à la suite d'un accident	303
Lemaître (Fernand) et Rose (Félix). — De l'hémiplégie palato-laryngée.	467
Le Marc' Hadour. — Hypertrophie considérable des amygdales palatines et de l'amygdale de Luschka chez un adulte. . . .	159
— — Papillomes du larynx chez un enfant	159
Lennhoff. — Lichen de la muqueuse buccale	185
Lermoyez (Marcel). — Sur la toux nasale.	221
Lermoyez et Mahu. — Contribution au traitement de l'otite adhésive	93
Lermoyez (M. Mahu (G.). — Contribution au traitement de l'otite adhésive. La thiosinamine.	580
Levi (L. Valentine). — Effet curatif de l'érysipèle sur la rhinite atrophique	539

	Pages
Lévy (Max). — Mortalité des otopathies et leur importance pour l'assurance sur la vie	657
Lothrop (H. A.) et Scamrell (DD.). — Cancer de la bouche et des régions avoisinantes	639
Luke. — Anesthésie pour les opérations de courte durée dans le naso-pharynx	688
Mahler. — Cancer pharyngé et périlaryngé. Extirpation totale du larynx et partielle du pharynx	631
— — Trachéobronchoscopie dans la syphilis des voies respiratoires inférieures	635
Mahu et Lermoyez. — Contribution au traitement de l'otite adhésive	93
Mahu (G.) et Lermoyez (M.). — Contribution au traitement de l'otite adhésive. La thiosinamine	580
Mailherbe. — De l'électroionisation transtympanique	100
— — Tuberculose inflammatoire de l'oreille moyenne. Otites sèches d'origine tuberculeuse. Rhumatisme tuberculeux ankylosant de la chaîne des osselets	101
Marshall (G. F.) — Origine syphilitique de la leucoplasie	693
Masséi. — Observations sur quelques points de la cure locale de la tuberculose laryngée	560
Massier. — Cas rare de dent aberrante (canine) du maxillaire inférieur avec complications	102
— — Exostose sénile du corps d'une vertèbre occasionnant un rétrécissement du pharynx inférieur	103
Meyes (Posthumus). — Traitement du bégaiement	652
— — Paralyse du récurrent	654
— — Plusieurs cas de carcinome du larynx	654
— — Tumeur du maxillaire supérieur	654
— — Tuberculome du larynx guéri par attouchements avec l'acide lactique et formoline	654
Mignon. — Infection pneumococcique du pharynx, des fosses nasales, des sinus, des oreilles et des mastoïdes, avec phénomènes septicémiques	60
Milligan. — Tumeur maligne développée dans la peau au niveau de l'apophyse mastoïde	303
Molimard. — Fracture complète et de cause directe de l'apophyse mastoïde intéressant la portion verticale du canal de Fallope et le cadre osseux du tympan	269
Moliné. — Des indications et contre-indications de la thyrotonomie dans les tumeurs malignes du larynx	46
— — Quelques cas de tumeurs malignes du sinus maxillaire	70
Moll. — Surdité hystérique	438
— — Guérison d'une sinusite frontale par l'opération combinée de Killian et de Moure	655
— — Traitement secondaire après la radicale	655
Mounier. — De la résection sous-muqueuse de la cloison nasale. Présentation d'instruments	163
Moure. — Considérations cliniques sur la laryngectomie	40
Moure et Bouyer (fils). — Malmenage de la voix parlée et chantée (causes, effets, traitement). Discussion	80
Mouret. — De la résection du cornet inférieur dans la cure radicale de la sinusite maxillaire	98
Mütler. — Le bégaiement chez les écoliers	652
Myging (Holger). — Indications pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans la suppuration aiguë de l'oreille moyenne	631
Nager. — Démonstration microscopique provenant surtout des cas morts de méningite cérébro-spinale épidémique	296

Nager. — Sur une altération histologique cadavérique du nerf acoustique, contribution à l'étude des corps amyacés.	436
Neumann. — Perichondrite post-opératoire	285
— — Cure radicale avec ouverture d'un abcès extradural	289
— — Complications d'otite aiguë datant de huit jours	289
— — Abcès cérébral otogène, compliqué de pyémie.	
Guérison	645
— — Abcès cérébral otogène	645
— — Opération radicale sous anesthésie locale.	645
— — Tympan intact et méningite	645
— — Début de méningite otogène, Labyrinthite, Opération. Guérison.	650
— — Labyrinthite circonscrite, Début de méningite, Opération. Guérison	651
Oppikofer. — Examen microscopique de la muqueuse des sinus nasaux chroniquement enflammés	660
Ostrom. — Simple rétracteur de l'épiglotte	214
— — Eponge de Bernay avec attache pour en faciliter l'extraction	215
— — Localiseur de l'oblique supérieur dans l'opération de Killian	215
— — Rugine sous-muqueuse, postérieure.	216
— — Ecarteur nasal automatique	216
— — Bandelette pour tamponnement nasal et post nasal	216
Pages. — L'oreille tabétique.	439
Panse. — Examen fonctionnel du labyrinthe et examen histologique	204
Parry. — Opération de Brophy pour la fissure palatine	689
Pasquier. — Sur un cas de complication naso-pharyngée et méningitique de la rougeole	163
Passow. — A propos de la communication de Kramm sur le traitement de la sinusite chronique.	281
— — Traitement de l'othématome.	282
— — Othématome	284
— — Sur l'otoscopie	296
— — Plastique de l'othématome.	658
Philip (Maurice). — Des accidents auriculaires chez les travailleurs des caissons	140
Poli. — Contribution à l'étude histo-pathologique des papillomes nasaux	198
— — Paralyse de l'abducens d'origine otitique	199
Politzer. — Diagnostic incertain	643
— — A propos du tympan bleu	645
— — Méningite labyrinthogène	646
— — Deux cas d'exostose du conduit externe.	647
Ponthière (de). — Sarcome de l'ethmoïde; opération selon le procédé de Moure; guérison	77
— — Trois volumineux fibromes de la caisse tympanique.	92
Potter (Furniss). — Volumineuses trompes d'Eustache venant faire saillie dans le naso-pharynx au point d'empêcher la respiration nasale	306
Prota (G.) — Sur les altérations du centre de Krause à la suite de la destruction d'une corde vocale	197
Quix. — Les mouvements des muscles dans le bégaiement	653
Randall. — Traitement de la septicémie otique	315
Ranjard (R.). — Luxation laryngo-trachéale. Résection du premier anneau de la trachée. Guérison.	48

	Pages
Robertson. — Céphalalgie due à de l'inflammation non suppurative des sinus accessoires des fosses nasales	552
Rocca (A. J. de la). — Observation sur les polypes du nez . .	544
Rolland. — Carie du rocher. Absès périsinusal. Thrombose du sinus latéral gauche. Pneumonie septique droite. Evidement pétro mastoïdien. Excision du sinus latéral. Guérison	180
Rose (Félix) et Lemaitre (Fernand). — De l'hémiplégie palato-laryngée	467
Rosenbach (O.) — Existe-t-il jusqu'à présent une exception à la règle que dans les affections intenses des récurrents, les adducteurs des cordes sont lésés avant les abducteurs ?	567
Rosenberg. — Tumeur maligne du nez	192
Roure. — Sur les anomalies osseuses du pharynx nasal dans leurs rapports avec l'adénotomie	79
Roy. — De l'utilité d'un examen complet d'un traitement rationnel des affections du nez et de la gorge	535
Roy (Dumbar). — Tuberculose bilatérale de l'oreille moyenne .	529
Roy (J. N.). — L'huile de vaseline dans le pansement de l'évidement pétro-mastoïdien	612
— — Mélanose palatine primitive ancienne. Fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse . . .	621
Royer (B. Franklin). — Traitement antitoxique de la diphtérie	569
Rozier et Tissié. — Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire après l'opération adénoïdienne	66
Ruprecht. — Aल्पine et novocaïne	690
Russell (E.-R.). — Kyste branchial	689
Ruttin. — Kyste dans la brèche après radicale	286
— — Particularité dans la conduction osseuse, dans les tumeurs du cerveau	287
— — Présentation d'une malade de 26 ans atteinte d'otorrhée depuis l'enfance	291
— — Contribution à la technique histologique du labyrinthe membraneux	645
Sacerdote (A.) et Hahn (R.). — Fibro épithéliome kystique de la voûte pharyngée	675
Santi Pusateri. — Recherches expérimentales sur la façon de se comporter des corps étrangers dans les cavités nasales . . .	199
Sargnon et Barlatier. — Laryngostomie et trachéo-laryngostomie spécialement dans le rétrécissement cicatriciel du larynx	44
Scamrell (D.-D.) et Lothrop (H.-A.). — Cancer de la bouche et des régions avoisinantes	689
Schmiegelow. — Rhinolith de dimensions anormales	630
— — Autoscopie du larynx chez une enfant de 10 ans	630
— — Nécrose de la moitié droite du cartilage thyroïde	632
— — Suppuration aiguë de l'oreille moyenne gauche. Thrombose du sinus. Opération. Ligature de la veine jugulaire. Mort	633
— — Papillome géant du nez chez un homme de 63 ans	633
— — Absès du cerveau du côté droit chez un homme de 45 ans	634
— — Corps étranger du poumon droit. Bronchoscopie	635
Schönemann. — Sur la conservation de l'appareil conducteur dans la radicale	297

	Pages
Schoetz. — Corps étranger pris pour tumeur	493
— — Paralyse des muscles internes	637
Schreier (Max). — La parotidite des souffleurs de verre	192
Schröder (Hermann). — Phénomènes de côté du bulbe et de l'orbite dans les sinusites sphénoïdales	553
Schroetter. — Nouveau tube pour endoscopie	297
Schürch. — Sur les relations entre la formation du crâne et les dimensions du sinus maxillaire, leur valeur pratique pour le traitement de la sinusite maxillaire suppurée	582
Schutter. — Résection sous-muqueuse de la cloison d'après Krieg	635
— — Abscès du cervelet	656
Segura (E.-V.). — Polypes fibro-muqueux naso-pharyngiens. Leur origine dans le sinus maxillaire	673
Seifert. — Paralyse toxique du larynx	660
Senator. — Tuberculose de la cavité buccale	190
Sencert. — Sur le rétrécissement spasmodique du cardia	680
Siebenmann. — Participation de la muqueuse des voies respiratoires supérieures à l'ichtyose	659
— — Un jouet comme corps étranger de l'œsophage	685
Sieur. — Trois cas d'abcès du cerveau d'origine otitique	86
Sküllern. — Action efficace du traitement local dans la tuberculose laryngée	560
Sondermann. — Traitement des maladies nasales par l'aspiration	530
Sonthard. — Traitement de l'épistaxis	540
Stegmann. — Traitement du goitre par les rayons X	694
Stemfeld. — Démonstration d'une pierre salivaire de la grosseur d'une fève, chez une femme de 50 ans	496
Stemmler. — Sur la valeur des pulvérisations dans le traitement de la bronchite chronique	693
Sterling (G.). — Deux cas d'empyème de l'ethmoïde	545
Strazza G.) — Sur l'extraction d'un corps étranger (pince laryngienne) du canal trachéo-bronchique chez un enfant . . .	498
— — Sur un cas de sténose sous-glottique grave due à une infiltration amyloïde	198
Struycken. — Traitement de la sinusite frontale	655
Sturmann. — Présentation de deux malades atteintes de rhinolaïe	283
Sutherland. — Dose active d'antitoxine diphtérique	693
Tapia (A.-G.). — Un cas d'acrobatisme lingual	681
Texier. — Sur deux cas d'anévrysme de la carotide interne simulant une tumeur pharyngée. Autopsie d'un cas	72
Saint-Clair Thomsson. — Anesthésie dans les opérations sur les voies respiratoires supérieures; au point de vue de l'opérateur	558
— — De la syphilis des voies respiratoires supérieures et de son traitement	561
Tilley. — Epistaxis et son traitement	540
Tissié et Rozier. — Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire après l'opération adénoïdienne	66
Topplitz. — Tumeurs syphilitiques nasales	536
Torhorst. — Le polype hémorrhagique de la muqueuse nasale . .	531
Toubert. — Contribution à l'étude des abcès de fixation ou abcès curateurs en otologie	315
Tretrop. — L'angine bénigne, point de départ d'infection grave .	50
— — De l'acoumétrie millimétrique. Echelle métrique pour la mesure de l'ouïe	89

	Pages
Trétrop. — Vaste épithélioma de la région auriculaire opéré avec succès chez un vieillard de 80 ans.	182
Uffenorde. — Remarques critiques sur la méthode de Sondermann par l'aspiration, dans les maladies des sinus du nez . .	534
— — Expériences sur l'emploi du coton à la stypticine.	602
Merk	602
Urbantschitsch (E.). — Plastique d'une fistule rétro auriculaire	285
— — Succès acoustique remarquable	289
— — Perception croisée chez les sourds-muets	290
— — Tuberculose commençante de l'oreille moyenne	641
— — Sur l'isoforme	643
— — Coloration bleue de la partie postéro-supérieure du tympan	644
— — Lupus du lobule du nez	644
— — Perforation du pavillon chez un enfant de 5 semaines	644
Vacher. — Présentation d'une malade atteinte d'aphonie par contraction et chevauchement des cordes.	45
Variot (G.). — Végétations adénoïdes du nourrisson; localisation des cornages pharyngien, laryngien et bronchitique . .	677
— — Laryngite aiguë spasmodique	677
Vohsen. — Sur la valeur de la transillumination dans les sinusites frontales.	660
Voss. — Quatre cas de mort causée par l'abcès consécutif à la thrombose otogène du sinus	429
— — Sept nouveaux cas de thrombose du sinus après guérison de l'otite moyenne aiguë.	528
Wagner. — Etiologie de l'empyème du sac endo-lymphatique. .	283
— — Enorme endothéliome de la dure-mère	285
— — Tumeur pulsatile du conduit	285
— — Réflexe pulsatile avec tympan intact.	285
— — Nystagmus	658
Walker (Secker). — Cas anormal et mortel d'abcès cérébral .	306
Wanner. — Illustration de la différence de l'audition du son et de la parole.	298
Waxham — Tuberculose du larynx	561
White (F.-W.). — Troubles cardiaques dans la diphtérie . .	568
Whitehead. — Remarques sur trois cas d'abcès cérébelleux. .	303
Wildenberg (Van den). — Volumineux abcès du cervelet d'origine otitique	167
— — Malade opérée de pansinusite unilatérale gauche avec exophtalmie et névrite optique	170
— — Deux enfants en bas âge traités de papillomes du larynx par la méthode de Killian	170
— — Malade ayant subi l'ablation du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde pour cancer	171
Wittmaack. — Contribution à l'étude de la névrite dégénérative et à l'atrophie de l'acoustique.	436
Wood (G.-B.). — Fonctions de l'amygdale	570
Yearsley (Macleod). — Epithélioma du pavillon.	301
— — Couleur anormale de la membrane du tympan	302
Zimmermann. — Physiologie de la conduction du son . . .	295
Zwaardemacker. — Le symptôme de Starck-Cholewa dans l'oto-sclérose.	654

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

	Pages
Abaisse-langue à crochet , par Marc André	275
Abcès cérébelleux (Remarques sur trois cas d'), par Whitehead	303
Abcès cérébelleux d'origine otique , par Cisneros	316
Abcès cérébral (Cas anormal et mortel d'), par Secker Walker	306
Abcès cérébral ayant causé une mort subite (Découverte post-mortem d'un), par Beck	210
Abcès cérébral otogène , par Neumann	645
Abcès cérébral otogène compliqué de pyémie . Guérison, par Neumann	645
Abcès du cerveau du côté droit chez un homme de quarante-cinq ans , par Schmiegelow	634
Abcès du cerveau d'origine otitique (Trois cas d'), par Sieur	86
Abcès du cervelet , par Schutter	656
Abcès (Volumineux) du cervelet d'origine otitique , par Van den Wildenberg	167
Abcès consécutif à la thrombose otogène du sinus (Quatre cas de mort causée par l'), par Voss	429
Abcès épidual extériorisé par le trou déchiré postérieur , par Boulay	431
Abcès extra-dural (Cure radicale avec ouverture d'un), par Neumann	289
Abcès extra-dural d'origine otique extériorisé spontanément au-dessous des muscles de la nuque , par Cornet	53
Abcès extra-dural d'origine otique avec paralysie de la sixième paire et double névrite optique , par Stoddart Barr	306
Abcès de fixation ou abcès curateurs en otologie (Contribution à l'étude des), par Toubert	315
Abcès du larynx d'origine grippale (Sur quelques cas d'), par Brindel	48
Abcès (Volumineux) du lobe temporo-sphénoïdal gauche opéré et guéri , par Bellin	88
Abcès multiples du cerveau à la suite de la suppuration des deux sinus frontaux d'origine traumatique , par Richard Hoffmann	547
Abcès otogène du cerveau (La fièvre et ses causes dans l'), par Hoffmann	298
Abcès rétro-pharyngien inférieur consécutif à l'ablation des végétations adénoïdes chez un adulte , par Aka	685
Acoumétrie (De l') millimétrique. Echelle métrique pour la mesure de l'ouïe, par Trétrop	89
Acoustique (Appareil), par Alt	645
Acoustique remarquable (Succès), par E. Urbantschitsch	289

	Pages
Acrobate de la langue, par Herzfeld	658
Acrobatisme lingual (Un cas d'), par A.-G. Tapia	681
Actinomycose primitive du cou avec propagation rapide trachéo-bronchique, par Castaneda	683
Adénome de la trachée chez un malade atteint d'adéno-lipomatose généralisée, par Bellisien	52
Adénotome (Nouvel), par Barth	638
Affections du nez et de la gorge (De l'utilité d'un examen complet d'un traitement rationnel des), par Roy	535
Alypine (L') en oto-rhino-laryngologie, par Cauzard	108
Alypine et novocaïne, par Ruprecht	690
Amygdale (Fonctions de l'), par G. B. Wood	570
Amygdales pharyngées (Présentation de deux), par Hecht	298
Anastomose hypo-glosso-faciale, par Alt	287
Anastomose du récurrent et du grand sympathique, par Broeckkaert	166
Anesthésie pour les opérations de courte durée dans le naso-pharynx, par Luke	688
anévrisme de la carotide interne (Sur deux cas d') simulant une tumeur pharyngée. Autopsie d'un cas, par Texier	72
Angine bénigne (L'), point de départ d'infection grave, par Tré-trop	50
Angiome de l'oreille externe, par Hugh Jones	307
Angiopapillome de la luette, par Haug	300
Antre d'Highmore (Contribution à la pathologie de l'), par A. Brown Kelly	550
Aphonie par contraction et chevauchement des cordes (Présentation d'une malade atteinte d'), par Vacher	45
Aphonie d'origine inconnue d'une durée de six mois chez un enfant de deux ans et demi. Découverte d'une épingle de sûreté ouverte dans le larynx, par Campbell	212
Apophyse mastoïde (Fracture complète et de cause directe de l') intéressant la portion verticale du canal de Fallope et le cadre osseux du tympan , par Molimard	269
Appareil électrique universel pour cabinet médical, par Katz	661
Asthme (Sur le traitement nasal de l'), par Bichaton	63
Asthme (Traitement nasal de l'), par A. Francis	542
Asthme (Étiologie nasale et traitement de l'), par Gordon King	543
Auditif (Recherche anatomique sur l'appareil) après un grand traumatisme, par Lange	284
Audition du son et de la parole (Illustration de la différence de l'), par Wanner	298
Auriculaires (Des accidents) chez les travailleurs des caissons , par Maurice Philip	140
Auriculaires (Technique de la plastique des brèches rétro-) , par Alexander	639
Autoscopie du larynx chez une enfant de dix ans, par Schmiegelow	630
Bandelette pour tamponnement nasal et post-nasal, par Ostrom	216
Bégaïement (Un cas de) guéri opératoirement, par Bosviel	161
Bégaïement (Le) chez les écoliers, par Mülder	652
Bégaïement (Traitement du), par Posthumus Meyes	652
Bégaïement (Remarques neurologiques sur le), par Heilbronnen	653
Bégaïement (Les mouvements des muscles dans le), par Quix	653
Bronchite chronique (Sur la valeur des pulvérisations dans le traitement de la), par Stemmler	693
Brosse (L'épreuve de la), par Hechinger	430
Bruits auriculaires objectifs, par Fout de Boter	438

	Pages
Calcul salivaire d'un volume rare. Récidive, par E. Baumgarten	684
Cancer (Laryngectomie dans le cas de), par Germain	552
Cancer (Malade ayant subi l'ablation du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde pour), par Van den Wildenberg	471
Cancer de la bouche et des régions avoisinantes, par H.-A. Lothrop et D.-D. Scamrell	689
Cancer épithélial extrinsèque du larynx chez une jeune fille opérée et guérie, par P. Jacques	503
Cancer pharyngé et périlaryngé. Extirpation totale du larynx et partielle du pharynx, par Mahler	631
Cancer primaire de l'épipharynx, par Gottlieb Kiaer	631
Carcinome du larynx, par «Atlas»	466
Carcinome du larynx (Plusieurs cas de), par Posthumus Meyes	654
Carcinome du sinus maxillaire, par Collet	179
Carie du rocher. Absès périsinusal. Thrombose du sinus latéral gauche. Pneumonie septique droite. Evidement pétro-mastoi-dien. Excision du sinus latéral. Guérison, par Rolland	180
Centre de Krause (Sur les altérations du) à la suite de la destruction d'une corde vocale, par G. Protta	497
Cérébrales (Contribution à l'étude de la voie d'infection dans les complications) d'origine nasale, par Hajek	531
Cérumen (De la signification du bouchon de), par Heckel . . .	96
Chéloïdes du lobule des oreilles, par Fallas	173
Chloréthane (De l'emploi du) comme anesthésique en laryngologie, par Fioore	401
Cholestéatome antral volumineux. Thrombose cholestéatomateuse du sinus latéral. Périphlébite jugulaire suppurée et endophlébite avec ouverture spontanée dans le pharynx. Ligature de la jugulaire. Mort, par H. Caboche	92
Ciseau nasal, par Herzfeld	653
Cloison nasale (De la résection sous-muqueuse de la). Présentation d'instruments, par Mounier	163
Cloison nasale (Résection sous-muqueuse de la), par Edwin Forter	541
Cloison (Résection sous-muqueuse de la) d'après Krieg, par Schut-ter	655
Conduction du son (Physiologie de la), par Zimmermann . . .	295
Conduit (Fracture du), par Herzfeld	285
Corpectomie par voie externe, par Citelli	201
Corps étranger pris pour tumeur, par Schoetz	183
Corps étranger de la bronche chez un enfant de dix-huit mois, par Hoffmann	196
Corps étranger aspiré dans une bronche et expectoré. (Roentgenogramme d'un étui de crayon), par Kan	655
Corps étranger (canule trachéale) enlevé de la bronche gauche, par Robert Fullerton	559
Corps étranger (Pince laryngienne) du canal trachéo-bronchique chez un enfant (Sur l'extraction d'un), par G. Strazza . . .	498
Corps étrangers dans les cavités nasales (Recherches expérimentales sur la façon de se comporter des), par Santi Pusateri	499
Corps étrangers du larynx (Extraction des), par R. Barclan . .	559
Corps étranger (Morceau d'os) enlevé de l'œsophage par œsophago-tomie, par Kan	655
Corps étranger (épingle de sûreté ouverte) dans l'œsophage d'un enfant. Extraction par la pince laryngienne de Jurasz, par Kan	656
Corps étranger de l'œsophage (Un jouet comme), par Siebenmann	685
Corps étrangers (Cas de) pharyngo-laryngés, par Egidi	200

	Pages
Corps étranger du poumon droit. Bronchoscopie, par Schmiegelow	635
Corps étranger (morceaux de capsule de pépins de pomme) fixé dans la région sous-glottique chez une enfant de deux ans, par Walker Downie	559
Corps étrangers (chute de tubes) dans la trachée et dans les bronches, par Egidi	200
Diaphragme congénital du larynx, par Gottlieb Kiaer	632
Dent aberrante (canine) (Cas rare de) du maxillaire inférieur avec complications, par Massier	102
Développement thoracique (Du) par la gymnastique respiratoire après l'opération adénoïdienne, par Rozier et Tissé	66
Diphthérie (Traitement antitoxique de la), par B. Franklin Royer	659
Diphthérie (Troubles cardiaques dans la), par F.-W. White	568
Diphthérie nasale (Importance de l'épistaxis dans le diagnostic de la), par James H. Mc Kee	540
Diphthérique (Dose active d'antitoxine), par Sutherland	693
Disciseur à l'emporte-pièce, par Heyninx	169
Divisions palatines (Utilité de l'oto-rhinoscopie dans les) par Chervin	607
Ecateur nasal automatique, par Ostrom	216
Electroionisation (De l') transtympanique, par Malherbe	100
Elocution (Défaut particulier d') attribué en partie à la diphthérie qui l'avait précédé, par Kenyon	214
Empyème de l'ethmoïde (Deux cas d'), par G. Sterling	545
Empyème du sac endo-lymphatique (Etiologie de l'), par Wagner	283
Endoscopie (Nouveau tube pour), par Schrøtter	297
Endothéliome de la dure-mère (Enorme), par Wagner	285
Endothéliomes du sinus maxillaire, par Broeckkaert	71
Endothéliome du sinus maxillaire (Malade opéré d'), par Broeckkaert	176
Epistaxis et son traitement, par Tilley	540
Epistaxis (Traitement de l'), par Southard	540
Epithélioma (Résection cunéiforme du pavillon pour), par Kan	655
Epithélioma remontant à quinze mois (Laryngectomie pour). Pas de récive, par Buys	182
Epithélioma du pavillon, par Macleod Yearsley	301
Epithélioma (Vaste) de la région auriculaire opéré avec succès chez un vieillard de quatre-vingts ans, par Trétrop	182
Epithéliome de la cloison du nez chez une femme de soixante-deux ans, par Hoffmann	196
Epithéliome (Fibro-) kystique de la voûte pharyngée, par R. Hahn et A. Sacerdote	675
Epithéliome primitif du corps thyroïde (Anatomie pathologique de l'), par A. Handelsmann	663
Eponge de Bernay avec attache pour en faciliter l'extraction, par Ostrom	215
Erysipèles spontanés de la face à répétition (Pathogénie des), par H. Lavrand	685
Evidement pétro-mastoldien (L'huile de vaseline dans le pansement de l'), par J.-N. Roy	612
Exostose du conduit externe (Deux cas d'), par Politzer	647
Exostose sénile du corps d'une vertèbre occasionnant un rétrécissement du pharynx inférieur, par Massier	103
Expériences sur des animaux, par Beyer	281
Fibromes de la caisse tympanique (Trois volumineux), par de Ponthière	92
Fibrome diffus des espaces médullaires du maxillaire supérieur	

(Observation de) ayant complètement comblé l'antre d'Highmore, par Bellin	71
Fissure palatine (Opération de Brophy pour la), par Parry	689
Fistules du labyrinthe (A propos des), par Alexander	648
Fistules alvéolaires du sinus maxillaire (De la cure des), par Claoué	77
Fistule rétro-auriculaire (Plastique d'une), par E. Urbantschitsch	285
Flamme de König (Moyen pour rendre visibles les vibrations de la), par Gutzmann	638
Goitre (Expériences sur le) et son traitement, par Hildebrand	686
Goitre (Traitement du) par les rayons X, par Stegmann	694
Gomme du maxillaire supérieur en néerose, par Boehm	196
Gonflement des grains de maïs et des petits pois (Expériences sur le), par Tetens Hald	635
Hémilaryngectomie pour cancer (Un cas d'), par Botella	279
Hémiplégie (De l') palato-laryngée, par Félix Rose et Fernand Lemaitre	467
Hémorrhagies après de légères opérations sur la gorge, par R. Johnston	684
Hémorrhagie du larynx survenue chez un chanteur à la suite d'un effort non vocal, par F. Ardenne	562
Hypertrophie des amygdales à l'âge adulte, signe de syphilis latente, par Heckel	97
Hypertrophie considérable des amygdales palatines et de l'amygdale de Luschka chez un adulte, par Le Marc'Hadour	159
Hypertrophie des différentes amygdales de l'anneau de Waldeyer (Relations entre l') et l'étiologie des maladies, par J. Price Brown	569
Hypertrophie du pôle postérieur du cornet inférieur, par Boehm	300
Ichtyose (Participation de la muqueuse des voies respiratoires supérieures à l'), par Siebenmann	659
Infection et aseptie en chirurgie intranasale, par Joseph S. Gibb	535
Infection pneumococcique du pharynx, des fosses nasales, des sinus, des oreilles et des mastoïdes, avec phénomènes septicémiques, par Mignon	60
Innervation du voile du palais (Sur la participation du nerf hypoglosse à l'), par Geronzi	688
Instillateur oto-tubaire, par Heyninx	169
Instruments (Nouveaux), par Gerber	683
Insuffisance vélopalatine (Traitement opératoire de l'), par Ricardo Botey	48
Isoforme (Sur l'), par E. Urbantschitsch	643
Kyste branchial, par F. R. Russell	689
Kyste dans la brèche après radicale, par Ruttin	286
Kyste dermoïde artificiel dû à une opération, par Bürger	654
Kyste dermoïde de la base du nez consécutif à une opération chirurgicale, par H. Burger	536
Kyste dermoïde du lobe de l'oreille, par Citelli	201
Kyste paradentaire à développement sinusien. Traumatisme antérieur, par Charézieux	618
Kystes paradentaires suppurés (L'infection du sinus maxillaire par les), par Jacques	77
Kyste suppuré de la bourse muqueuse pré-laryngienne, par Collet	179
Labyrinthe (Examen fonctionnel du) et examen histologique, par Panse	294

	Pages
Labyrinthe (Coupes de) dans certains cas pathologiques, par Albert Gray	303
Labyrinthe (Sur la recherche des troubles de l'équilibre dans les affections unilatérales du), par Krotoschiner	441
Labyrinthe membraneux. (Contribution à la technique histologique du), par Ruttin	645
Labyrinthe suppuré (Le pronostic de l'ouverture opératoire du), par Freytag	442
Labyrinthe (La) et son traitement à la clinique de Heidelberg, par Kümmel	293
Labyrinthite chronique ossifiante. Contribution à l'anatomie de la surdi-mutité, par Alexander	440
Labyrinthite circonscrite. Début de méningite. Opération. Guérison, par Neumann	651
Labyrinthite post opératoire, par Alexander	649
Labyrinthite secondaire (Traitement de la), par Bürger	655
Labyrinthite tuberculeuse, par Herzog	298
Labyrinthite tuberculeuse suivie de guérison, par Herzog	293
Laryngectomie (Considérations cliniques sur la), par Moure	40
Laryngectomie (Un cas de) guéri depuis trois ans, par Capart fils	182
Laryngite aiguë spasmodique, par G. Variot	677
Laryngites traumatiques consécutives au tubage chez l'enfant et rétrécissements laryngiens, par Glover	106
Laryngocèle, par Avellis	660
Laryngoscopie (Remarques sur l'histoire de la), par Heymann	190
Laryngoscopie (Sur la priorité de la découverte de la), par Fraenkel	190
Laryngoscopie (La) sous glottique, par Gerber	555
Laryngostomie et trachéo-laryngostomie, spécialement dans le rétrécissement cicatriciel du larynx, par Sargnon et Barlatier	44
Laryngotomie sous-narcose à la scopolamine-morphine, par Avellis	660
Larynx (Malade ayant subi l'extirpation totale du), il y a plus de trois ans, par Goris	172
Larynx (Examen laryngoscopique des principales maladies du) chez l'enfant, par Finder	557
Larynx carcinomateux, par Cheval	167
Leucoplasie (Origine syphilitique de la), par C.-F. Marshall	693
Lichen de la muqueuse buccale, par Lenhoff	185
Localiseur de l'oblique supérieur dans l'opération de Killian, par Ostrom	215
Lupus de la cavité nasale (Contribution à l'étude de la tuberculose primaire), par Fain	537
Lupus du lobule du nez, par E. Urbantschitsch	644
Lupus primaire de la muqueuse du pharynx (Cas de), par Buhl	631
Luxation laryngo trachéale. Résection du premier anneau de la trachée. Guérison, par R. Ranjard	48
Malades (Présentation de), par König	164
Mastoïde (opérations sur la); choix du moment de l'intervention, par D.-A. Kuyk	316
Mastoi'dienne (Sur soixante cas de trépanation), par Labarrière	61
Mastoi'dite de Bezold, par Bachauer	298
Mastoi'dite de Bezold et méningite, par Castex	97
Mastoi'dite (Pseudo-) de Bezold Résection de la pointe. Prothèse à la paraffine, par Boella	313
Mastoi'dite aiguë par furunculose du conduit, par Lannois	90

	Pages
Mastôidites aiguës latentes (Des), par J. Fournié	99
Maxillaire supérieur (Circulation artérielle et veineuse du massif), par Coulomb	666
Mélanosarcome de la région ethmoïdale, par Citelli	202
Mélanose palatine primitive ancienne. Fistule naso- buccale récente d'origine sarcomateuse, par J.-N. Roy	621
Méningite (Tympan intact et), par Neumann	645
Méningite cérébro-spinale épidémique (Démonstration microscopique provenant surtout des cas morts de), par Nager	296
Méningite labyrinthogène, par Politzer	616
Méningite otogène (Début de). Labyrinthite. Opération. Guérison, par Neumann	650
Miroir de Clar (Dispositif nouveau pour la fixation des lampes au), par Paul Laurens	109
Mixture de Bonain (La) adrénalisée au millième comme anesthésique hémostatique en oto-rhino-laryngologie, par Cousteau et Lafay	64
Mort (La) subite chez l'enfant, par M. Brelet	665
Nasales (Traitement des maladies) par l'aspiration, par Sondermann	530
Nasale (Cautérisation de la muqueuse) et névroses paroxystiques, par Francis Hare	537
Nasaux (Fracture récente des deux os), par Jacob	185
Naso-pharyngée (Sur un cas de complication et méningitique de la rougeole, par Pasquier	163
Nécrose de la moitié droite du cartilage thyroïde, par Schmiegelow	632
Nécrose aiguë du crâne consécutive à une otite aiguë, scarlatineuse suppurée, par Bar	61
Néoplasmes intralaryngés (Deux cas de crico-thyrotomie pour ablation de), par Walker Downie	566
Nerf acoustique (Sur une altération histologique cadavérique du), contribution à l'étude des corps amylacés, par Nager	436
Nerf laryngé supérieur et inférieur (Sur un état d'irritation particulière du), par G. Boenninghaus	555
Neuro-fibromatose multiple (Démonstration d'un cas de), par Hammerschlag	285
Névralgie rebelle du trijumeau (Malade opérée de) par arrachement des gros troncs du nerf à la base du crâne, par Broeckeaert	177
Névrite dégénérative (Contribution à l'étude de la) et à l'atrophie de l'acoustique, par Wittmaack	436
Noma (Le) de l'oreille, par R. Hoffmann	527
Novocaine (Sur l'emploi de la) dans les opérations de l'oreille et dans le traitement de l'otite moyenne aiguë, par Haug	195
Nystagmus, par Wagner	658
Occlusion presque complète du méat à la suite d'un accident, par Lawrence	303
Opération radicale sous anesthésie locale, par Neumann	645
Oreille (Contribution à l'anatomie pathologique de l'), par Bruhl	296
Oreille (Maladies de l'), par Grant	440
Oreille artificielle en aluminium (Démonstration d'une), par Ten Cate	654
Oreille d'un enfant (Photographie stéréoscopique d'une malformation bilatérale de l'), par Kan	655
Oreille interne (Coupes d') servant à l'anatomie comparée du labyrinthe des mammifères, par Albert Gray	303
Oreille interne (Sur les lésions de l') consécutives aux suppurations de la caisse du tympan, par Ferreri	431

	Pages
Oreille moyenne (Etudes anatomo-cliniques sur la paroi labyrin- thique de l'), par T. Benoit Gonin	669
Oreille tabétique (L'), par Pages	439
Ostéite bacillaire du temporal simulant une mastoïdite, par Dufays	92
Ostéochondrome du conduit, par Haug	300
Ostéome de l'apophyse mastoïde, par Haug	300
Ostéome du sinus maxillaire avec trois figures, par Jaboulay	549
Ostéo-myélite aiguë du temporal et du pariétal gauche consécutive à une otite moyenne aiguë du même côté, par H. Gaudier	310
Ostéomyélite chronique condensante des os du crâne consécutive à une otite ancienne suppurée, par Guisez	90
Ostéomyélite double du temporal post-scarlatineux, suivie de sé- questration d'une partie du labyrinthe gauche, par Kan	656
Othématome, par Passow	284
Othématome (Plastique de l'), par Passow	658
Othématome (Traitement de l'), par Passow	282
Othématome (Deux cas d'). Intervention chirurgicale, par Castex	161
Otite adhésive (Contribution au traitement de l'), par Ler- moyez et Mahu	93
Otite adhésive (Contribution au traitement de l'). La thiosinamine, par M. Lermoyez et G. Mahu	580
Otite aiguë (Complications d') datant de huit jours, par Neu- mann	289
Otite moyenne aiguë et otite interne, trépanation mastoïdienne. Guérison, par Lavrand	52
Otites moyennes aiguës (Remarques cliniques et bactériologiques sur les), par Kümmel	298
Otite moyenne aiguë (Augmentation du poids spécifique du pus dans l'), comme indication pour l'ouverture de l'apophyse, par Totens Hald	630
Otite moyenne chronique tuberculeuse. Cholestéatome. Fistules multiples du labyrinthe, par Alexander	647
Otite moyenne hémorragique, par Castex	104
Otite, moyenne suppurée aiguë Thrombose du sinus. Pyémie. Opération. Guérison, par Alexander	648
Otite chronique moyenne suppurée droite Cholestéatome. Thrombo-phlébite. Opération radicale Ligature de la veine ju- gulaire interne. Ouverture de la fosse cérébrale moyenne. Net- toyage du sinus Guérison, par Alexander	640
Otite moyenne suppurée chronique. Cholestéatome. Obstruction totale par ossification de la fenêtre ronde et ovale, par Alexan- der	640
Otite moyenne suppurée compliquée de pyémie, par Alexan- der	640
Otite moyenne suppurée chronique gauche. Cholestéatome. Opé- ration radicale. Guérison. Labyrinthite aiguë circonscrite au cours de la guérison, par Alexander	640
Otologique (Inspection) des écoles municipales à Nancy, par Jac- ques et Durand	89
Otologique (Inspection) des écoles municipales de Nancy, par P. Jacques et A. Durand	247
Otopathies (Mortalité des) et leur importance pour l'assurance sur la vie, par Max Lévy	657
Oto-rhinologie (Relation des travaux de la section d') au congrès international de médecine, à Lisbonne, par Haike	284
Oto rhinoscopie (Utilité de l') dans les divisions palatines, par Chervin	162
Otorrhée (Les procédés autoplastiques dans la cure radicale de l'), par Hermann	667

	Pages
Otorrhée (Présentation d'une malade de 26 ans atteinte d') depuis l'enfance, par Ruttin	291
Otorrhée (Un cas de guérison fonctionnelle après une cure radicale d'), par Capart fils	182
Otorrhée mastoïdite et atrophie faciale progressive, par Gros-sard	64
Oto-sclérose (Le symptôme de Stard-Cholewa dans l'), par Zwaar-demacker	654
Oto-sclérose (Contribution à la question de l'hérédité de l'), par V. Hammerschlag	440
Otoscopie (Sur l'), par Passow	296
Ozénaux (Guérisons anciennes et guérisons récentes de sujets) traités par la radiothérapie, par J. Dionisio	539
Ozène (L') forme larvée de la tuberculose, par H. Caboche	53
Ozène (L') forme larvée de la tuberculose, par Henri Caboche	260
Ozène (Sur le traitement de l') par les injections de paraffine solide, par Gault	78
Ozène (Sur la photo et la radiothérapie dans l') dans la suppuration auriculaire chronique et les pharyngites chroniques, par J. Dionisio	197
Pachydermie des cordes vocales par la méthode du fraissage (Traitement chirurgical de la), par J. Garel	573
Pansinusite unilatérale gauche avec exophtalmie et névrite optique (Malade opérée de), par Van den Wildenberg	170
Papillomes du larynx chez un enfant, par L. Marc'Hadour	159
Papillomes du larynx (Deux enfants en bas âge traités de) par la méthode de Killian, par Van den Wildenberg	170
Papillomes des fosses nasales, par F. Chavanne	113
Papillomes nasaux (Contribution à l'étude histo-pathologique des), par Poli	198
Papillome géant du nez chez un homme de soixante-huit ans, par Schmiegelow	633
Paraffine (Remplissage des cavités rétro-auriculaires par la), par Eckstein	283
Paraffinique (Un méfait de la prothèse), par Koenig	160
Paralysie de l'abducens d'origine otitique, par Poli	199
Paralysie de l'abducens (Un cas de) d'origine otitique, par Citelli	200
Paralysie des cordes vocales (Quelques cas de), par Fallas	173
Paralysie faciale due à la lésion du nerf dans la partie inférieure du canal de Fallope. Guérison, par Buys	183
Paralysie toxique du larynx, par Seifert	660
Paralysie des muscles internes, par Schoetz	637
Paralysies des muscles de l'œil (Recherches sur les mouvements réflexes des yeux, de cause vestibulaire et optique, et leur valeur pour le diagnostic topique des), par Barany	647
Paralysie du nerf laryngé inférieur (Contribution à l'étiologie de la), par Dege	564
Paralysie du récurrent, par Grabower	189
Paralysie du récurrent (Remarques critiques sur la). Discussion, par Kuttner	191
Paralysie du récurrent (Remarques critiques sur la). Discussion, par Kuttner	193
Paralysie du récurrent et du voile du palais (Combinaison de), par Finder	636
Paralysie du récurrent, par Posthumus Meyes	654
Paralysie combinée des yeux avec déviation conjuguée, par Barany	644

	Pages
Parotidite (La) des souffleurs de verre, par Max Schreier . . .	192
Pavillon (Perforation du) chez un enfant de cinq semaines, par E. Urbantschitsch . . .	644
Perforation traumatique du tegmen tympani (Un cas de) avec blessure des méninges et du cerveau par pénétration d'un corps étranger, par Cheval . . .	177
Périchondrite post-opératoire, par Neumann . . .	285
Périostite syphilitique, par Haiké . . .	637
Pharyngoscopie (Présentation d'une gravure montrant une) au xviii ^e , d'après un tableau de P. Longhi, par Fraenkel . . .	185
Pharynx nasal (Sur les anomalies osseuses du) dans leurs rapports avec l'adénotomie, par Roure . . .	79
Phlegmons du cou, par Fallas . . .	168
Pierre salivaire Démonstration d'une) de la grosseur d'une fève, chez une femme de cinquante ans, par Stemfeld . . .	196
Pincés œsophagiennes, par Broeckaert . . .	169
Polypes dermoïdes du pharynx (Contribution à l'étude des), par Paul Caraguel . . .	661
Polypes fibreux muqueux naso-pharyngiens. Leur origine dans le sinus maxillaire, par E. V. Segura . . .	673
Polype hémorrhagique (Le) de la muqueuse nasale, par Torhorst . . .	531
Polype muqueux, par Boehm . . .	300
Polypes naso-pharyngiens (Deux cas de), par Jauquet . . .	184
Polype du naso-pharynx; amélioration par galvano-caustie, par Bürger . . .	654
Polypes du nez (Observation sur les), par A. J. de la Rocca . . .	544
Polysinusites de la face (Série de malades opérés de), par Del-saux . . .	171
Queues de cloison (Les), par Fr. Heckel . . .	541
Radical (Sur la conservation de l'appareil conducteur dans la), par Schoenemann . . .	297
Récurrent (Remarques critiques sur la question du), par Kutt-ner . . .	186
écourants (Existe-t-il jusqu'à présent une exception à la règle Rque dans les affections intenses des), les adducteurs des cordes sont lésés avant les abducteurs? par O. Rosenbach . . .	567
Réflexe pulsatile avec tympan intact, par Wagner . . .	285
Respiration vocale. Démonstration radioscopique et contrôle de la respiration vocale au Conservatoire national de musique et de déclamation de Paris, par Glover . . .	50
Rétinite pigmentaire (Surdité dans la), par Bloch . . .	297
Rétracteur (Simple) de l'épiglotte, par Ostrom . . .	214
Rétrécissement cicatriciel infranchissable sous l'œsophagoscopie (Cure de), par Guisez . . .	74
Rétrécissements de l'œsophage (Traitement chirurgical des), par Duchenne . . .	679
Rétrécissement spasmodique du cardia (Sur le), par Sencer . . .	680
Rhinite atrophique (Effet curatif de l'érysipèle sur la), par L. Val-entine Levi . . .	539
Rhinolalie (Présentation de deux malades atteintes de), par Stur-mann . . .	283
Rhinolithe, par Boehm . . .	300
Rhinolithe (Une) d'origine dentaire, par E. Baumgarten . . .	541
Rhinolithe de dimensions anormales, par Schmiegelow . . .	630
Rhinoplastie, par Gottlieb Kiaer . . .	632
Rotation et épreuve du toucher, par Barany . . .	643
Rugine sous muqueuse postérieure, par Ostrom . . .	216
Sarcome à point de départ ethmoïdal (Malade ayant subi il y a	

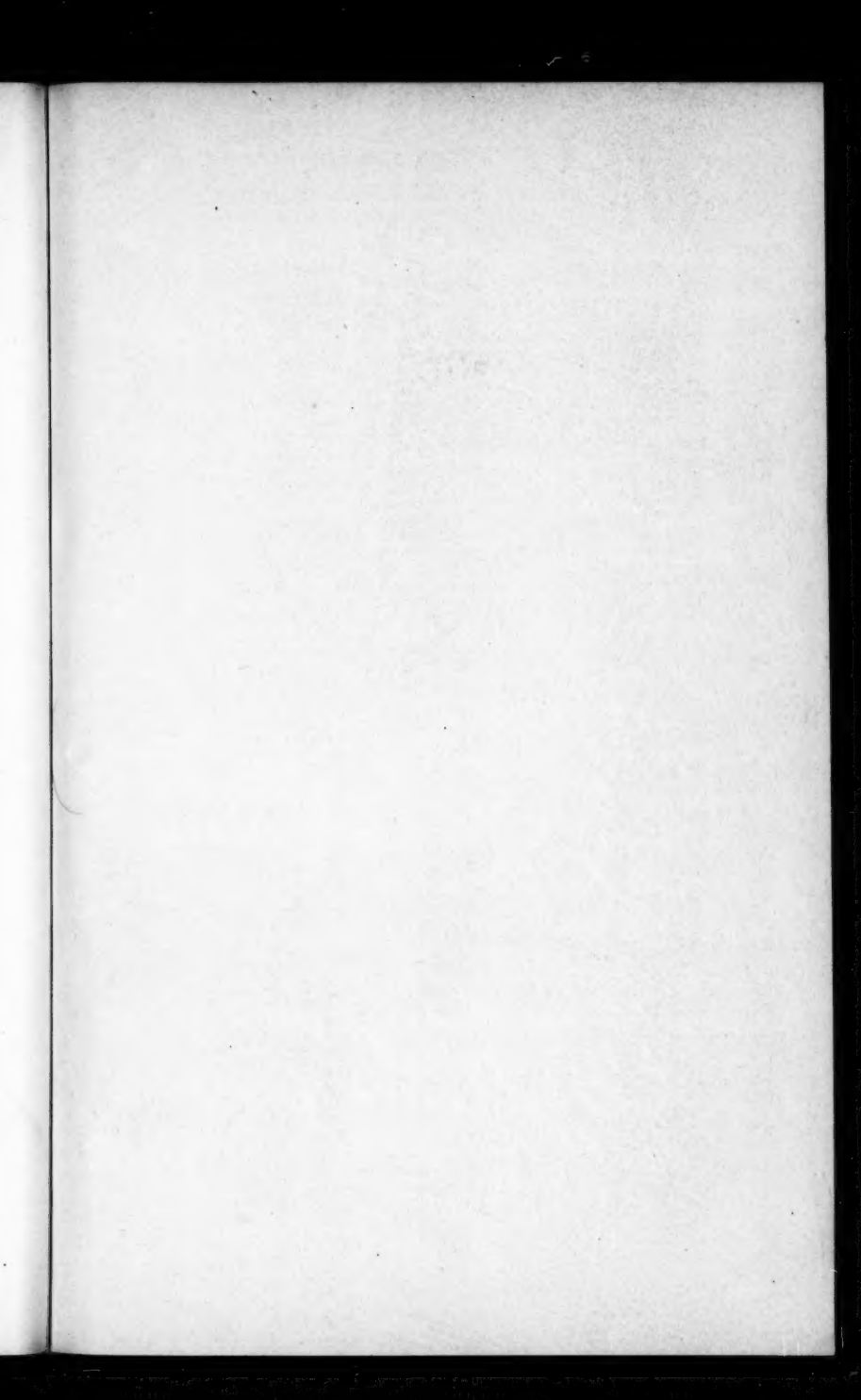
trois ans la résection temporaire de la narine droite pour extirpation d'un), par Goris	172
Sarcome de l'ethmoïde; opération selon le procédé de Moure; guérison, par de Ponthière	77
Sarcome de la fosse temporo-zygomatique (Malade opéré il y a vingt et un mois pour), par Goris	172
Sarcome du palais, par Goldmann	638
Sarcome (Lympho-) du pharynx limitant les mouvements des mâchoires et de l'axis par l'envahissement des régions ptérigomaxillaire et prévertébrale, par Otto T. Freer	202
Septicémie otique (Traitement de la), par Randall	315
Séquestration presque totale des deux rochers, par Lannois	90
Séquestration presque totale des deux rochers chez un enfant , par M. Lannois	462
Sinus accessoires des fosses nasales (Céphalalgie due à de l'inflammation non suppurative des), par Robertson	552
Sinus frontal (Opération radicale bilatérale du), par Kan	656
Sinus maxillaire (Infection du) par les kystes parodontaires purifiés, par Jacques	77
Sinus nasaux chroniquement enflammés (Examen microscopique de la muqueuse des), par Oppikoeer	660
Sinus du nez Remarques critiques sur la méthode de Sondermann par l'aspiration, dans les maladies des), par Uffenorde	534
Sinusites aiguës consécutives à la scarlatine. (A la suite de la communication de Lange sur les), par Herzfeld	281
Sinusite chronique (A propos de la communication de Kramm sur le traitement de la), par Passow	281
Sinusites frontales (Indications de l'intervention opératoire dans les), par Hajek	544
Sinusite (Pseudo-) frontale due à un abcès sous périoste du front, compliquée de thrombo phlébite du sinus longitudinal supérieur. Méningite. Mort. Autopsie, par V. Delsaux	548
Sinusite frontale (Traitement de la), par Struycken	(55)
Sinusite frontale (Guérison d'une), par l'opération combinée de Killian et de Moure, par Moll	655
Sinusites frontales (Sur la valeur de la transillumination dans les), par Vohsen	660
Sinusites frontales bilatérales (Procédé opératoire pour les). Trépanation au-dessous de la bosse nasale et drainage en Y, avec résection de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, par Georges Laurens	75
Sinusite fronto-ethmoïdale et maxillaire gauche (Malade opérée en une seule séance de double, par Goris	171
Sinusite fronto ethmoïdale chronique (Nouvelle contribution à l'étude du procédé de Killian pour la cure de la), par C. Breyre	548
Sinusite maxillaire (De la résection du cornet inférieur dans la cure radicale de la), par Mouret	98
Sinusite maxillaire opérée d'après Berker, par Herzog	196
Sinusite maxillaire (Quatre cas de), opérés par différents procédés, par Botella	276
Sinusite maxillaire (Sixième cas de), consécutive à la scarlatine, par Lange	282
Sinusite maxillaire caséuse, guérison par élimination d'un séquestre de la paroi externe du méat inférieur, par Buys	183
Sinusites maxillaires chroniques (Le traitement chirurgical des), sur la voie nasale, par G. Gavello	197
Sinusite maxillaire chronique (Contribution à l'opération radicale de la), par Bucher	533

	Pages
Sinusite maxillaire chronique (Expériences sur l'opération radicale de la), par Danker	660
Sinusite maxillaire suppurée (Sur les relations entre la formation du crâne et les dimensions du sinus maxillaire, leur valeur pratique pour le traitement de la), par Schürch	532
Sinusites sphénoïdales (Phénomènes de côté du bulbe et de l'orbite dans les), par Hermann Schröder	553
Son (Mensuration du), à l'aide de deux nouveaux appareils, par Boehm	297
Sourds-muets (Perception croisée chez les), par E. Urbantschitsch	290
Sourds-muets (Sur la valeur de la sensation de la vibration pour l'introduction des), par Gutzmann	297
Spasmes œsophagiens d'origine nasale, par Joal	682
Sténose du conduit auditif externe (Quelques cas de), par Fallas	175
Sténose sous-glottique grave (Sur un cas de), due à une infiltration amyloïde, par G. Strazza	198
Sténose laryngée (A propos d'un cas de), par Fallas	563
Sténoses laryngées aiguës et chroniques (Tubes nouveaux et tubes modifiés pour le traitement de quelques), par Citelli	202
Sténoses laryngées consécutives à l'intubation (Traitement chirurgical des), par Collet	46
Stypticine-Merk (Expériences sur l'emploi du coton à la), par Uffenorde	692
Suppuration du labyrinthe (Sur les), par Hinsberg	291
Suppurations de l'oreille moyenne (Quelques complications des), par Hugh Jones	307
Suppurations des sinus du nez (Traitement conservateur des), par Hermann	534
Suppurations aiguës de l'oreille (Contribution à l'étude de l'antrotomie précoce au cours de certaines formes de), par H. Caboché	92
Suppuration aiguë de l'oreille moyenne (Indication pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans la), par Holger Myging	634
Suppuration aiguë de l'oreille moyenne gauche. Thrombose du sinus. Opération. Ligature de la veine jugulaire Mort, par Schmiegelow	633
Surdi-mutité (Suite des recherches sur la), par Castex	97
Surdité professionnelle (Sur la), par Habermann	297
Surdité consécutive à la syphilis héréditaire tardive, par Hopmann	311
Surdité hystérique (De la), par P.-M. C. Bride	438
Surdité hystérique, par Moll	438
Syphilis grave des voies aériennes, par Heckel	59
Syphilis (De la) des voies respiratoires supérieures et de son traitement, par Saint-Clair Thomson	561
Tamponnement nasal (Nouvelles expériences sur le), par Chronshitzky	530
Tamponnement du nez (A propos du), par Haüselmann	541
Thrombo-phlébite du bulbe de la jugulaire et abcès cérébelleux. Ligature de la veine. Drainage de l'abcès cérébelleux. Guérison, par Dundas Grant	305
Thrombo-phlébite des sinus crâniens d'origine otitique (A propos de six cas de), par Delsaux	181
Thrombose du sinus, par Herzfeld	284
Thrombose du sinus (Sept nouveaux cas de) après guérison de l'otite moyenne aiguë, par Voss	528
Thrombose du sinus et de la jugulaire, ouverture du golfe à tra-	

Société Savantes
see last page of cover

vers le trou déchiré postérieur. Ligature de la jugulaire. Guérison, par Guisez	91
Thrombose du sinus latéral. Opération sans ligature de la jugulaire. Guérison, par Dundas Grant	305
Thrombose otogène du sinus (Deux cas de), par Alexander	646
Toux nasale (Sur la), par Marcel Lermoyez	221
Toux réflexe d'origine nasale, par Fout de Boter	543
Trachéale (Processus de cicatrisation de la plaie) après la trachéotomie, par Citelli	201
Trachébronchoscopie dans la syphilis des voies respiratoires inférieures, par Mahler	635
Trachéotomie et thyrotomie, par Giudice	671
Trachéotomies d'extrême urgence (La ponction de la membrane cricothyroïdienne comme opération temporaire préalable dans les), par Ricardo Botey	47
Traitement secondaire après la radicale, par Moll	655
Trépanation (La) de l'oreille et du crâne au tour électrique , par Ricardo Botey	20
Trompes d'Eustache (Volumineuses), venant faire saillie dans le naso-pharynx au point d'empêcher la respiration nasale, par Furniss Potter	306
Trypsine (Traitement par la) d'un cas d'affection maligne intéressant l'amygdale gauche, la base de la langue et l'épiglotte, par Campbell	213
Tuberculome du larynx guérie par attouchement avec l'acide lactique et formaline, par Posthumus Meyes	654
Tuberculose de la cavité buccale, par Senator	190
Tuberculose laryngée (Observations sur quelques points de la cure locale de la), par Masséi	560
Tuberculose laryngée (Action efficace du traitement local dans la), par Killern	560
Tuberculose laryngée et grossesse, par A. Kuttner	445
Tuberculose du larynx (A propos d'un cas de), par Kuttner	184
Tuberculose du larynx, par Boehm	196
Tuberculose du larynx, par Waxham	561
Tuberculose bilatérale de l'oreille moyenne, par Dunbar Roy	529
Tuberculose commençante de l'oreille moyenne, par E. Urbantschitsch	641
Tuberculose inflammatoire de l'oreille moyenne. Otites sèches d'origine tuberculeuse. Rhumatisme tuberculeux ankylosant de la chaîne des osselets, par Malherbe	101
Tuberculose de la pituitaire (Contribution à l'étude de la). Etude étiologique et clinique, par Henri Caboché	321
Tumeurs du cerveau (Particularité dans la conduction osseuse dans les), par Ruttin	287
Tumeur du maxillaire supérieur, par Posthumus Meyes	654
Tumeur du pharynx, par Friedmann	190
Tumeur maligne développée dans la peau au niveau de l'apophyse mastoïde, par Milligan	303
Tumeurs malignes de la bouche (Pièces anatomiques servant de contribution à l'étude de l'extirpation des), par Goris	167
Tumeurs malignes de la bouche (Contribution à l'extirpation des), par Goris	682
Tumeurs malignes du larynx (Des indications et contre-indications de la thyrotomie dans les), par Molinié	46
Tumeur maligne du nez, par Rosenberg	192
Tumeurs malignes du nez (Nouvelle méthode opératoire pour les), par Denker	295

	Pages
Tumeurs malignes du sinus maxillaire (Quelques cas de), par Moliné	70
Tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire (Diagnostic et traitement des), par P. Jacques et A. Gaudier	1
Tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire (Diagnostic et traitement des). Discussion, par Jacques et Gaudier	67
Tumeurs syphilitiques nasales, par Toeplitz	536
Tumeur pulsatile du conduit, par Wagner	285
Turbinotome et Synéchetome, par Marc André	273
Tympan (Couleur anormale de la membrane du), par Macleod Yearsley	302
Tympan bleu. Coloration bleue de la partie postéro-supérieure du tympan, par E. Urbantschitsch	644
Tympan bleu (A propos du), par Politzer	645
Tympan bleu (A propos du), par Bruck	656
Végétations adénoïdes (Statistique des), par Bürger	692
Végétations adénoïdes du nourrisson; localisation clinique des cornages pharyngien, laryngien et bronchitique, par G. Varniot	677
Végétations adénoïdes du pharynx, par C.-W. M. Brown	673
Vertige de Ménière (Sur le), par Frankl-Hochwart	206
Voies respiratoires supérieures (Deux cas de coloration pathologique des), par Græffner	189
Voies respiratoires supérieures (Anesthésie dans les opérations sur les). Au point de vue de l'opérateur, par Saint Clair Thomson . Au point de vue de l'aide qui anesthésie, par Andley W. Buxton	558
Voix (Les moyens de culture physique de la), au Conservatoire de musique et de déclamation de Paris. Démonstration radioscopique de la respiration vocale, par Jules Glover	229
Voix parlée et chantée (Malmenage de la), Causes, effets, traitement. Discussion, par Moure et Bouyer fils	80



Scientes Savantes

- ✓ Allemandes Larzaz, South, May 1907 p 559
- ✓ Allamand Otol, Jan 1906 p 291
- ✓ Angleterre Otol Ruylinic, Feb 5, 1906 p 301
 mch 5, 1906 p 306
- ✓ Autrich Otol, mch 25, June 25, Oct 29
 Sep 25, 1906 p 285, 287, 639, 644
- ✓ Belge Otol Ruylinic, June 1907, p 154
- ✓ Berlin Larzaz, Feb 9, mch 23, May 4
 Dec 14, 1906 p 184, 190, 192, 636
- ✓ Berlin Otol, mch 13, May 8, June 19, Nov 13
 Dec 11, 1906, Jan 8, 1907 p 281, 282, 283
 284, 656, 658
- ✓ Chicago Otol Lar, Oct 15, Dec 11, 1906 p 202, 210
- ✓ Danoise Otol Lar, Oct 24, Nov 28, Dec 17, 1906
 Jan 23, Feb 27, 1907 p 630, 631, 632, 633, 635
- ✓ Espagnole Otol Lar, Feb 25, Jan 28, 1907 p 276, 277
- ✓ French Otol Lar Ruylinic, May 1907 p 39, 67, 80, 92
- ✓ Italien Lar Otol Ruylinic, Sep 1906 p 197
- ✓ Munica Otol Lar mch 12, June 18, Nov 6, 1906
 p 195, 298, 299
- ✓ Nederland Otol Lar, May 1906 p 652
- ✓ Paris Lar Otol Ruylinic, Apr 12, June 7, July 12, 1907
 p 104, 159, 151

